FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1969

THÈSE

N° 838

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marc, Daniel, Gérard BERTHELOT

Né le 30 Août 1940 à POINTE-A-PITRE - Guadeloupe

Interne des Hôpitaux de Paris

Assistant d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE MESENTEROPTYCHIE

Président : Monsieur J. LOYGUE (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne

PARIS-VI°

1969

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1969 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Marc, Daniel, Gérard BERTHELOT

Né le 30 août 1940 à Pointe-à-Pitre - Guadeloupe

Interne des Hôpitaux de Paris

Assistant d'Anatomie à la Faculté
de Médecine de Paris

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

UN NOUVEAU PROCEDE DE MESENTEROPTYCHIE

-:-

Président : Monsieur J. LOYGUE (Professeur)

-:-

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS - 6ème
1969

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), BENARD (H), BERNARD (E), BINET (L), BULLIARD (H), CATHALA (J), CHABROL (E), CHAILLEY-BERT (P), CHEYMOL (J), COSTE (F.), DEBRE (R), DECHAUME (M), GALLIARD (H), GAUDARD d'ALLAINES (F.de), GENNES (L.de), GIROUD (A), HAZARD (R), HEUYER (G), LACOMME (M), LAMY (M), LAROCHE (G), LELONG (M), LEVY (Mlle J), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MADURO (R), MARCHAL (G), MATHIEU (P), MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D), PIEDELIEVRE (R), QUENU (J), RENARD (G), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L), TURPIN (R), VERNE (J).

DOYEN	Georges BROUET
1er assesseur	Daniel BARGETON
2e assesseur	Jean GOSSET

A - CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
	HUARD (P)
à titre personnel	CABROL (Ch)
- -	OLIVIER (G)
Anatomie et Cytologie pathologiques	DELARUE (J)
à titre personnel	NEZELOF (Ch)
- -	ORCEL (L)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F)
	DESGREZ (P)
	POLONOVSKI (J)
Chimie Pathologique	SCHAPIRA (G)
à titre personnel	CARTIER (P)
- -	DREYFUS (J.Cl)
Biologie médicale (à titre personnel)	BOURLIERE (F)
	HARTMANN (L)
Biophysique médicale	BUGNARD (L)
	DJOURNO (A)
	DOGNON (A)

MM.

Biophysique médicale	
à titre personnel	KELLERSHOHN (L)
- -	GOUGEROT (L)
- -	ROUCAYROL (J.Cl)
Cancérologie expérimentale	MATHE (G)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J)
Histologie et Embryologie	COUJARD (R) / TUCHMANN- / DUPLESSIS (H)
à titre personnel	RACADOT (J)
Microbiologie	FASQUELLE (R)
Bactériologie et Virologie	TOURNIER (P)
à titre personnel	BARBIER (P)
Parasitologie	LARIVIERE (M)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
à titre personnel	LOEPER (J)
Pharmacologie	BOISSIER (J.R) / LECHAT (P)
Physiologie	BARGETON (D) / MALMEJAC (J) / PARROT (J)
à titre personnel	DEJOURS (P)
Physiologie et biologie appliquée aux sports	SCHERRER (J)

B - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

I°- Médecine

Biologie médicale	FAUVERT (R)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	COURY (Ch.)
Hygiène et Médecine préventive	BOYER (J)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale, droit médical et déontologie	DEROBERT (L)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.C)
Pathologie médicale	BUGE (A) / BRICAIRE (H) / CORNET (A) / HOUSSET (E) / LAROCHE (Cl.)

MM.

Pathologie médicale à titre personnel	AZERAD (E)
- -	BOUR (H)
- -	BROCARD (H)
- -	CAROLI (J)
- -	FACQUET (J)
- -	LAMBLING (A)
- -	LAUNAY (Cl.)
- -	PAYET (M)
- -	PERRAULT (M)
- -	SIGUIER (F)
- -	WORMS (R)
- -	BOUVIER (J)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Pathologie et Thérapeutique générales	MAURICE (P)
Thérapeutique	LAMOTTE (M)
Thérapeutique appliquée	MARCHE (J)

Chaires de Cliniques :

Clinique cardiologique (Boucicaut)	LENEGRE (J)
- - (Broussais)	SOULIE (P)
Clinique dermatologique (St-Louis)	DUPERRAT (F)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P)
à titre personnel	BASTIN (R)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
à titre personnel (neuro-psychiatrie)	PICHOT (P)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R)
à titre personnel	LHERMITTE (F)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L)

		MM.
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J)
à titre personnel (hématologie)		ANDRE (R)
- - -		BOUSSER (J)
- - -		DREYFUS (B)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M)
	Broussais	MILLIEZ (P)
	Cochin	PEQUIGNOT (H)
	Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
	Pitié	DREYFUS (G)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G)
	-	CONTE (M)
	-	KOURILSKY (R)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		JUSTIN-BESANCON (L)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE (A)
Clinique et Séméiologie médicales (Antoine-Chantin)		DOMART (A)
Séméiologie médicale (Lariboisière)		BOUVRAIN (Y)
- - (Pitié)		RAMBERT (P)
- - (Rothschild)		WOLFROMM (R)
Clinique d'Hydrologie et de Climatologie (Bichat)		DEBRAY (Ch)
à titre personnel		GIBERTON (A)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)		DEROT (M)
Clinique néphrologique (Necker)		HAMBURGER (J)
à titre personnel		RICHET (G)
- -		CROSNIER (J)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		ROYER (P)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		MOZZICONACCI (P)
Clinique médicale infantile et de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)		BRISSAUD (H)
à titre personnel		LESOBRE (R)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)		THIEFFRY (S)

	MM.
Hygiène et Clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R)
à titre personnel	POLONOVSKI(Cl.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G)
à titre personnel	KREIS (B)
- -	MEYER (A)
Clinique de rééducation motrice	GROSSIORD (A)
Electroradiologie	LEDOUX-LEBARD (M) LEFEBVRE (J)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
à titre personnel	FISCHGOLD (H)
- -	TUBIANA (M)
- -	CHERIGIE (E)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	DELBARRE (F)
Clinique rhumatologique (Lariboisière)	SEZE (S.de)
Clin. toxicologique (Fernand-Widal)	GAULTIER (M)
2°- Chirurgie	
Anesthésiologie	VOURC'H (G)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G) KUSS (R) N...
à titre personnel	RAMADIER (J)
Physiologie et pathologie obstétricales	MORIN (P)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale	MONSAINGEON(A)
Chaires de Cliniques :	
Clinique carcinologique (Gustave-Roussy)	DENOIX (P)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H)
à titre personnel	BREHANT (J)

		MM.
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.L)
	-	BAUMANN (J)
	Cochin	LEGER (L)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J)
	St-Antoine	GOSSET (J)
	Salpêtrière	SICARD (A)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX (M)
Séméiologie et clinique chirurgicales(Broussais)		POILLEUX (F.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Saint-Louis)		DEBEYRE (J)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique(Cochin)		MERLE d'AUBIGNE(R)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Foch)		PADOVANI (P)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Beaujon)		CAUCHOIX (J)
Clinique traumatologique et orthopédique (Raymond-Poincaré)		JUDET (R)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique(Enfants-Malades)		FEVRE (M)
à titre personnel		CHIGOT (P.L)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)		MATHEY(J)
à titre personnel		GAUDART D'ALLAINES (Cl. de)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)		HUGUIER (J)
Clinique obstétricale (Baudelocque)		LEPAGE (F)
Clinique obstétricale (Saint-Antoine)		MERGER (R)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M)
à titre personnel		LEBEAU (J.)

	MM.
Clinique ophtalmologique (Cochin)	BREGEAT (P)
- - (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	CERNEA (P)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P)
- - (Necker)	COUVELAIRE (R)

C - PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie	GILLOT (Cl.)
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D)
Bactériologie	LE MINOR (L)
Biochimie médicale	CARTIER (P) / GONNARD (P) / NORDMANN (J)
Chirurgie	CERBONNET (G)
Hématologie	BESSIS (M) / BILSKI-PASQUIER (G)
Hygiène	BLANCHER (G) / CORRE-HURST (Me L)
Médecine légale	CECCAL (P) / HADENGUE (A) / FOURNIER (E)
Médecine générale	AUSSANNAIRE (M)
Maladies infectieuses	DUPONT (V)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G)
Pédiatrie	ROSSIER (A)
Physique médicale	COURSAGET (J) / GREMY (F) / PELLERIN (P)
Physiologie	DURAND (J) / GIRARD (Fr.) / HUGELIN (A)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A)
Pharmacologie	SCHMITT (H)

D - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) Pr.s.ch.

E - PROFESSEURS ASSOCIES

	MM.
Hormonologie	MORICARD (R)
Statistique médicale et épidémiologie	SCHWARTZ (D)
Néphrologie	MAXWELL (M)

Secrétaire général de la Faculté M. LENA (J)

Conseiller administratif M. SALLIER (G)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine } M.le Docteur HAHN (A)

Conservateurs : Mme FORGET (F), Mlles DUMAITRE (P), LAURENT(H), LE NOIR(G

Bibliothécaires : Mmes CONTET (J), Mlles DUROZOY(M.F), ROBERGE (D), LE QUANG LINH (G), REUGE (M)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes PARENTS

Qu'ils trouvent ici un modeste
témoignage de ma profonde
affection et de mon immense
reconnaissance

A Claudine, Brigitte et Philippe

Avec tout mon amour

A mes frères Raymond et Jack

A tous les miens

A mon Maître

Le Doyen Jean LOYGUE

Professeur de Séméiologie et de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Chirurgie

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu me fournir le sujet et les éléments si personnels de cette thèse

En témoignage de ma respectueuse gratitude pour l'enseignement que j'ai reçu de lui à la Salpêtrière comme externe, puis à Rothschild comme interne

A mon Maître

Le Professeur agrégé Claude HOUDARD

Chirurgien de l'Hôpital Tenon

Membre de l'Académie de Chirurgie

En témoignage de la profonde reconnaissance pour la patience et la bienveillance avec lesquelles il sut guider mes premiers pas chirurgicaux

A Monsieur le Professeur Georges CERBONNET

En témoignage de respectueuse
gratitude pour l'enseignement
qu'il m'a donné

A Monsieur le Docteur Claude HUGUET

En témoignage d'amicale
reconnaissance pour l'aide
et les conseils qu'il m'a
fournis durant l'élaboration
de ce travail

A mes Maîtres dans les hôpitaux :

EXTERNAT :

Monsieur le Professeur P. MOULONGUET
Monsieur le Professeur M. BARIETY
Monsieur le Professeur R. GARCIN
Monsieur le Professeur F. SIGUIER

INTERNAT :

Monsieur le Professeur Cl. HOUDARD
Monsieur le Professeur J. BARCAT
Monsieur le Professeur A. SICARD
Monsieur le Docteur A. DUFOUR
Monsieur le Professeur J. HUGUIER
Monsieur le Professeur J. CAUCHOIX
Monsieur le Professeur J. LOYGUE

A Messieurs les Professeurs Agrégés

S. NATALI

M. MALAFOSSE

G. LAVARDE

A Messieurs les Docteurs VUILLIEME

ISSERLIS

PROCHIANTZ

FONTANELLE

DEBURGE

HAUTIER

E. LEVY

P. SCALI

S. BETHOUX

A mes Maîtres à l'Ecole Pratique de la Faculté

Monsieur le Professeur A. DELMAS

Monsieur le Professeur Agrégé G. GUIRAUDON

A mes Maîtres hors des hôpitaux

Monsieur le Professeur Agrégé F. DUBOIS

Monsieur le Docteur J. MOREAUX

A tous mes amis

UN NOUVEAU PROCEDE DE MESENTEROPTYCHIE

-:-

INTRODUCTION

-:-

Déçu par l'ENTEROPTYCHIE de Th. NOBLE, trop souvent inefficace, et surtout trop souvent suivie de complications graves, insatisfait par la PLICATURE-FIXATION MESENTERIQUE de W.A. CHILDS et R.B. PHILIPPS, nous proposons un nouveau procédé de MESENTEROPTYCHIE utilisé depuis 1966 par notre Maître le Professeur Jean LOYGUE, et qui, tant sur le plan théorique qu'à la lumière d'une étude comparative de 19 observations de MESENTEROPTYCHIES et de 16 observations de CHILDS, nous semble fournir de meilleurs résultats et une plus grande sécurité.

Notre travail comportera donc, après un bref rappel historique :

- Une première partie exposant les différentes techniques de prévention et de traitement des occlusions récidivantes, leurs avantages et leurs inconvénients.

- Une deuxième partie où nous exposerons notre procédé de MESENTEROPTYCHIE, ses avantages et ses inconvénients.

- Une troisième partie enfin, où nous procèderons à une étude comparative de :
  - 16 CHILDS et PHILIPPS
  - 19 MESENTEROPTYCHIES, selon notre technique.

P L A N

I - INTRODUCTION

2 - RAPPEL HISTORIQUE

3 - EXPOSITION DES DIFFERENTES TECHNIQUES de PREVENTION et de TRAITEMENT des OCCLUSIONS RECIDIVANTES :

AVANTAGES
INCONVENIENTS

4 - EXPOSITION DE NOTRE PROCEDE DE MESENTEROPTYCHIE :

AVANTAGES
INCONVENIENTS

5 - ETUDE COMPARATIVE DE :

- 16 CHILDS et PHILLIPS
- 19 MESENTEROPTYCHIES, selon notre technique

6 - CONCLUSIONS

7 - BIBLIOGRAPHIE

HISTORIQUE

-:-

Trois noms dominent l'histoire du traitement chirurgical des occlusions récidivantes de l'intestin grêle :

- celui de Th.B. NOBLE
- et ceux de W.A. CHILDS et R.B. PHILIPPS.

C'est au début de ce siècle, durant la première guerre mondiale, que le chirurgien américain Th. B. NOBLE confronté aux innombrables péritonites à foyers multiples et à leur cortège d'occlusions par brides, séquelles des plaies septiques de l'abdomen, eut l'idée, plutôt que d'empêcher la formation des adhérences, de les guider sur un grêle ordonné par une ENTEROPTYCHIE.

Ce n'est cependant qu'en 1937, soit une vingtaine d'années plus tard, que l'auteur publia sa technique et les résultats de 1 300 observations.

Ce retard de publication est la cause d'un petit conflit de paternité entre NOBLE et le suédois S.E. WICHMAN qui publia en 1933 un procédé très proche qu'il utilisait depuis 1925.

- L'ENTEROPTYCHIE demeura inconnue de la majorité des chirurgiens français durant de nombreuses années. Seul, J.C. REYMOND y con-

sacra un article en 1949, et il fallut attendre le 17 JANVIER 1951, date à laquelle J. QUENU et G. THONERET introduisaient ce procédé par une communication à l'Académie de chirurgie.

Dès lors, et durant cinq ans, le procédé de NOBLE connut une immense vogue, encouragée par les statistiques de l'auteur qui, sur 1 300 cas, n'aurait eu qu'une seule fois à réintervenir.

Au fil des ans cependant l'optimisme initial s'estompa, et les complications furent publiées.

En 1956, à l'Académie de Chirurgie, de nombreux auteurs confrontèrent leurs statistiques sous la direction de S. BLONDIN. De ces discussions l'opération de NOBLE ne sortait "ni entièrement victorieuse, ni entièrement vaincue" (S. BLONDIN), mais dès cette époque, elle fut de moins en moins utilisée.

C'est en 1960 que deux chirurgiens américains : W.A. CHILDS & R.B. PHILIPPS proposent de maintenir le rangement du grêle, non plus en suturant les anses grêles, mais en fixant la plicature du mésentère.

Introduite en France le 1er MARS 1961 par une communication à l'Académie de Chirurgie de J.L. LORTAT-JACOB et C.A. RICHARD, la PLICATURE-FIXATION du MESENTERE fut d'abord accueillie avec prudence puis trouva rapidement d'ardents défenseurs en la personne de :

J.L. CLAVET - H.R. HIRTZ - E. FORSTER - R. BOULVIN et P. DESJACQUES, de nombreux auteurs tant en France qu'aux U.S.A. proposèrent différentes modifications techniques.

Depuis la fin de 1968 cependant plusieurs auteurs commencent à publier les complications du procédé de CHILDS (J. MOREAUX - H. CHARLEUX et M. THIRAUT) et des discussions sont actuellement ouvertes à l'Académie de Chirurgie.

-:-

PREMIERE PARTIE

ou

CRITIQUE DES DIFFERENTS PROCEDES

de

TRAITEMENT ET DE PREVENTION DES OCCLUSIONS RECIDIVANTES

L'OPERATION DE NOBLE OU ENTEROPTYCHIE

Th.B. NOBLE eut l'immense mérite d'être le premier à penser, à contourner le problème des adhérences péritonéales causes de tant d'occlusions de l'intestin grêle.

Ne pouvant les détruire définitivement, ne pouvant non plus les empêcher, NOBLE eut l'originale idée de "transformer ces adhérences anarchiques, incontrôlables, gênantes, occlusives, en adhérences ordonnées, inoffensives" (J. QUENU et G. THOMERET).

PRINCIPE de l'ENTEROPTYCHIE

"Il s'agit de masquer les surfaces dépéritonisées des anses grêles en accolant celles-ci les unes aux autres, latéralement, au moyen d'un surjet sur une longueur de 15 à 18 cm.

Suivant l'étendue des lésions, on peut se contenter de jumeler 2 anses en U, on peut en aligner 3 ou 4 ou plus, étendre le dispositif à la moitié, aux trois quarts ou à la totalité du jéjuno-Iléon. Les anses se trouvent finalement rangées parallèles les unes aux autres" (J.QUENU et G. THOMERET).

TECHNIQUE

Après vidange du grêle, si besoin en est, et surtout après libération complète de la totalité des anses grêles et du mésentère, après suture des eraillures séromusculaires

ou résection des anses dont les tuniques sont en trop mauvais état, pourra commencer l'Enteroptychie.

- L'intestin grêle sera d'abord plicaturé en une série d'anses, comme sur les atlas d'anatomie. Il sera donc disposé en une suite d'U ouverts tantôt en haut, tantôt en bas.

- La suture débutera au niveau de la dernière anse iléale dont on aura soin de laisser libre les 10 derniers centimètres.

- Les jambages des U seront suturés les uns aux autres par des surjets de lin qu'il est plus commode de faire à l'aiguille droite, celle-ci chargeant la séreuse et un peu de musculeuse.

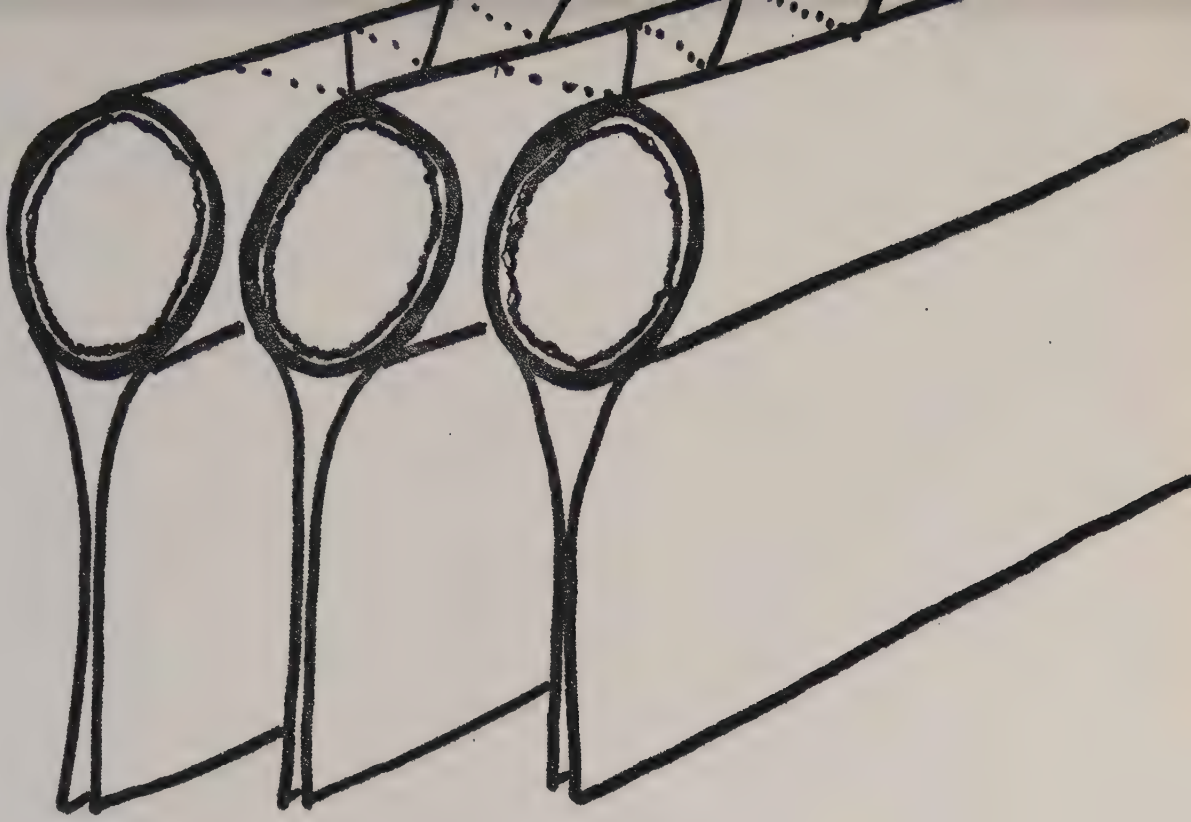
- Les 10 premiers centimètres jéjunaux seront eux aussi laissés libres.

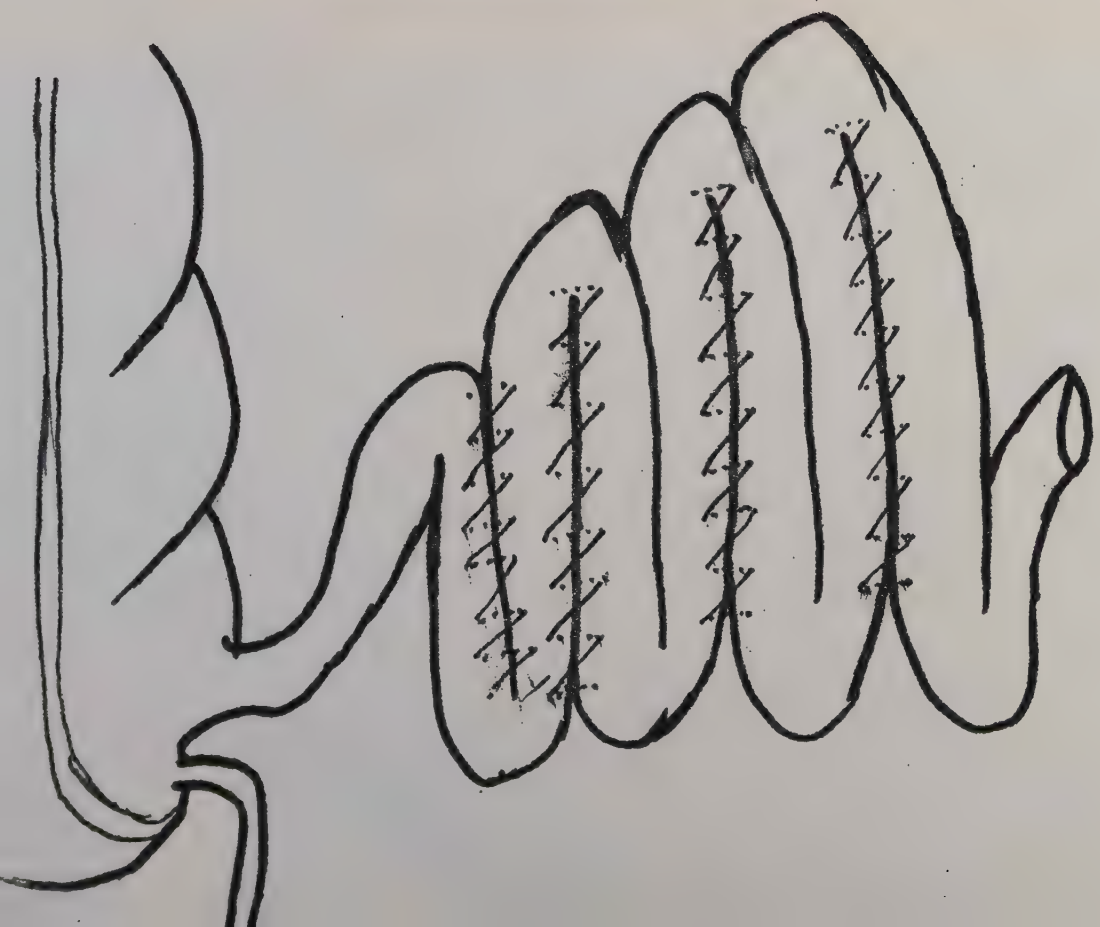
- Au cours de la confection de ces plis, on doit chercher à recouvrir les surfaces de l'intestin cruentées, dépourvues de séreuse, ainsi que les moignons d'adhérences qui ont dû être ligaturés. Pour cela, la ligne de suture doit s'écarter parfois du bord mésentérique et accoler deux anses par leurs faces. On peut même être amené à faire disparaître, sous les deux voisines, une anse particulièrement abîmée.

- En cas d'Enteroptychie partielle, les cornets mésentériques seront fermés par quelques points de lin, en cas de plicature totale, une telle précaution sera, bien sûr, superflue.

VARIANTES

- THOMERET conseille l'utilisation de catgut de préférence, au lin dans les péritonites ai-





guës occlusives.
"Les anses resteraient ainsi accolées quelque temps après la libération des adhérences inflammatoires qui les coudaient, puis se libéreraient".

- LORTAT-JACOB, au contraire, pour assurer une fixation durable, conseille d'inciser la séreuse intestinale et de suturer les séro-musculaires à points séparés.

- J.C. REYMOND propose une plicature segmentaire avec accolement partiel des anses qui présentent des surfaces cruentées.

Les anses sont pliées de façon à accoler les zones cruentées ; la plicature sera maintenue en plaçant simplement un fil de lin ou de soie à la sortie de chaque virage. La plicature n'intéressera que les zones malades.

CRITIQUES de L'ENTEROPTYCHIE

A l'engouement initial de "NOBLE" provoqué par les communications enthousiastes de J. QUENU & G. THOMERET succèda la méfiance, puis le désintérêt, ceci surtout depuis les discussions à l'Académie de Chirurgie en 1956. Actuellement cette intervention est quasiment abandonnée par tous car trop dangereuse et trop souvent inefficace.

- Trop dangereuse, l'Enteroptychie l'est par sa durée d'exécution et le risque considérable de fistule du grêle qu'elle fait courir.

- Correctement effectuée, l'Enteroptychie demandera au moins une heure ... Si l'on pense que cette heure d'anesthésie supplémentaire viendra s'ajouter à la fin d'interventions souvent longues, choquantes et dont le choc sera

majoré par tous les traumatismes intestinaux et mésentériques provoqués par la libération de l'intestin et par l'Enteroptychie ; si l'on pense que cette intervention s'exécute sur des sujets âgés souvent tarés et toujours affaiblis par une occlusion intestinale chronique ou une péritonite négligée, on conçoit facilement que la mortalité soit estimée à 7 p.cent (S. BLONDIN).

- Certes, l'on peut penser que les progrès de l'anesthésie et surtout de la réanimation per et post-opératoires minimisent ces inconvénients. Cependant le NOBLE reste dangereux par le risque considérable de fistule du grêle qu'il fait prendre.

- Sans aller jusqu'à prétendre, comme le font certains, "que l'Enteroptychie nécessite une patience à la limite de beaucoup de tempéraments chirurgicaux" il convient cependant de reconnaître que la suture les unes aux autres des anses intestinales aux parois fragilisées et distendues, nécessite une minutie qui trop souvent ne permet pas d'éviter les redoutables fistules du grêle.

- Dangereuse, l'Enteroptychie est de plus trop souvent inefficace, la fréquence des récidives occlusives (sans tenir compte des lâchages silencieux) atteint 19 p.cent dans une statistique de Nat. D. WILSON.

La suture les unes aux autres par un simple surjet d'accolement d'anses intestinales dotées d'un si puissant péristaltisme est illogique et trop souvent inefficace.

- Dans ces critiques nous n'aborderons même pas les plicatures partielles préconisées par NOBLE, tant y est grand le risque de récidive occlusive.

- Quant aux variantes proposées elles sont de critique facile.

- Les Enteroptychies temporaires par utilisation du catgut proposées par THOMERET font courir un risque inadmissible de récidive occlusive au cas où persisteraient quelques brides.

- Le procédé d'accolement préconisé par LORTAT-JACOB (suture à points séparés séro-musculeux après incision de la séreuse intestinale) est, lui, à la limite, et de la patience de beaucoup de chirurgiens (durée 2 à 3 heures) et des risques qu'ils peuvent prendre.

- Quant au procédé de J.C. REYMOND, quoique n'en ayant aucune expérience et malgré l'enthousiasme de son auteur qui fait état de 21 observations étagées sur 13 ans, sans aucune complication ni réintervention, nous lui reprocherons cependant :

- d'être segmentaire
- d'être peu efficace, faisant confiance à l'accolement spontané des anses intestinales
- enfin, de n'avoir jamais été vérifié opératoirement.

- Ingénieuse dans son principe de Plicature intestinale, l'opération de NOBLE, par son procédé (Enteroptychie) est dangereuse (durée d'exécution, fistules du grêle), et surtout inefficace.

LA PLICATURE - FIXATION du MESENTERE SELON CHILDS & PHILIPPS

C'est en 1960 que W.A. CHILDS et R.B. PHILIPPS préconisèrent un nouveau procédé de traitement et de prévention des occlusions par brides.

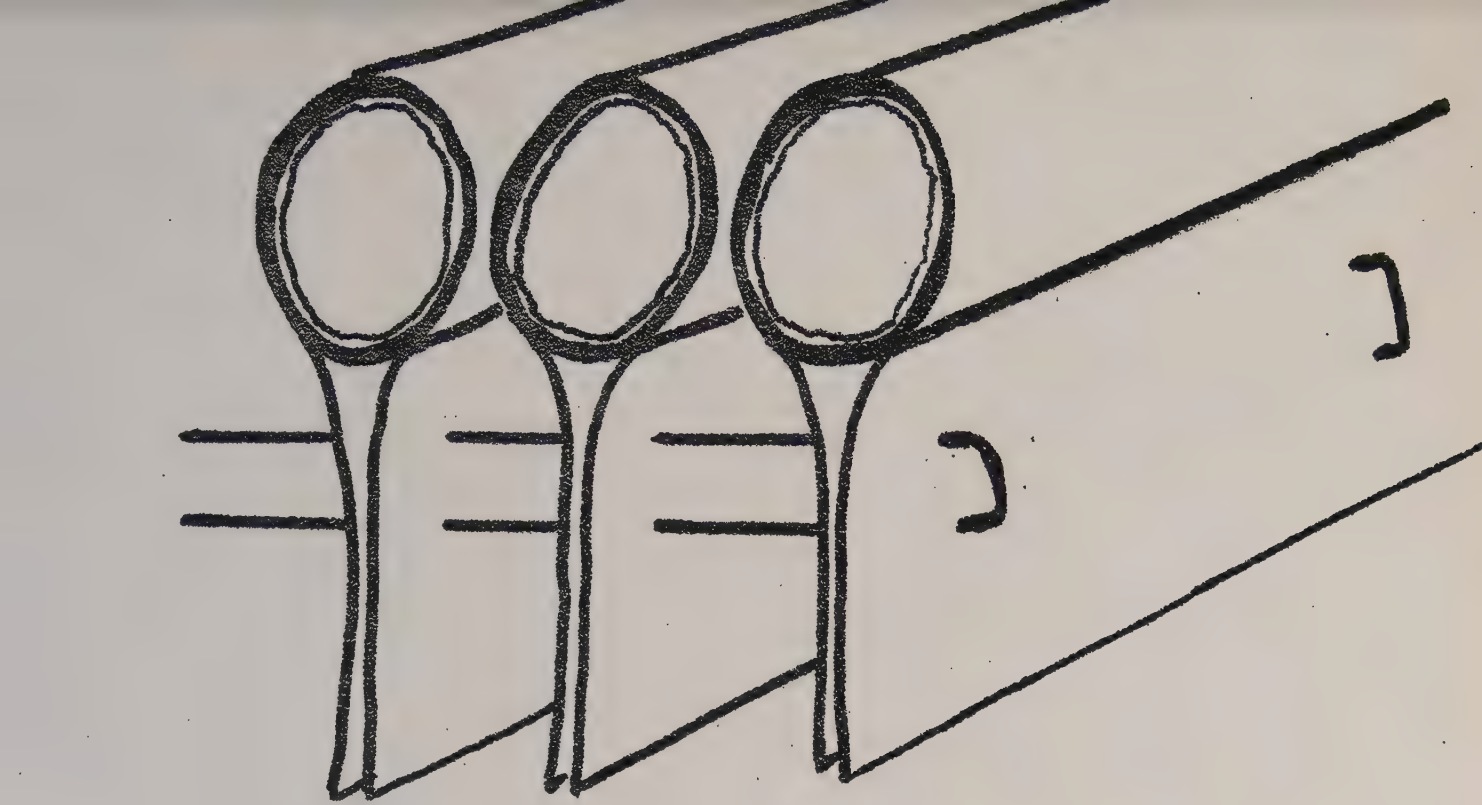
PRINCIPE :

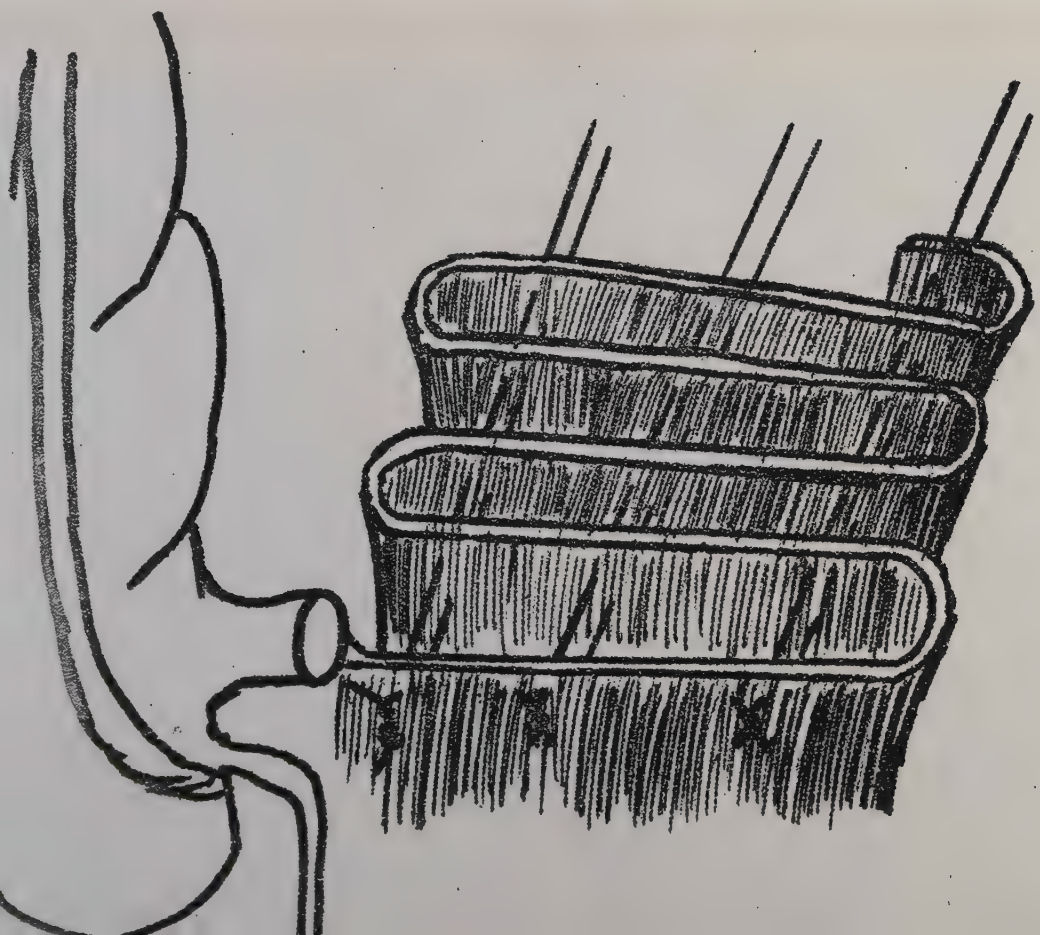
fidèles aux idées de NOBLE suivant lesquelles ne pouvant empêcher les adhérences, il valait mieux les guider sur un grêle ordonné.

CHILDS & PHILIPPS préconisent de maintenir le rangement du grêle en fixant non plus les anses mais le mésentère.

LA TECHNIQUE EST AUSSI SIMPLE QUE LE PRINCIPE INGENIEUX

"Après libération de toutes les adhérences rencontrées sur le grêle, les anses intestinales sont disposées parallèlement entre elles de la façon habituelle. Puis une soie n°2 est passée perpendiculairement à travers chacun des feuillets mésentériques juxtaposés, en aller et retour, de façon à former un grand point en U dont les deux branches, distantes de 2 cm environ passent à quelques millimètres du bord mésentérique de l'intestin. Ceci est répété trois fois : en plein milieu de l'accordéon mésentérique d'une part, près de ses deux bords ensuite. Chaque point en U, après serrage modéré est solidement noué de telle façon qu'en fin de compte le mésentère tout entier forme une masse homogène surmontée des méandres réguliers de l'intestin dont les anses sont cependant indépendantes les unes des autres (RICHARD).


ן
ן



- Dès la divulgation des résultats expérimentaux et cliniques de CHILDS et PHILIPPS, ce procédé connut un grand succès, tant aux ETATS UNIS, qu'en FRANCE où il fut introduit en 1961 par C. RICHARD, qui avec LORTAT-JACOB - CALVET - HIRTZ - FORSTER et BOULVIN, en sont les principaux défenseurs.

- A la technique originale, très vite, des modifications furent proposées :

- S.S. MAC CARTHY préconise l'utilisation de nylon de préférence à la soie, passe les fils à 2 cm du bord intestinal, et surtout, propose une technique simplifiée, n'utilisant que trois fils simples noués entre eux.

- A. TOUPET conseille de passer les fils perpendiculairement à l'intestin, de ranger le grêle en ménageant des anses médianes longues et des anses extrêmes courtes, d'utiliser quatre fils dont les deux latéraux ne prennent que le mésentère des anses médianes.

- FORSTER & GAUTHIER préconisent eux aussi de s'éloigner du bord intestinal.

- Enfin, CALVET et HIRTZ recommandant l'emploi de catgut chromé.

a) Avantages de la plicature fixation :

- en premier lieu : sa courte durée
- en second lieu : ne suturant pas l'intestin, le risque de fistules du grêle est moins grand.
- s'adressant au mésentère qui est peu mobile et non plus au grêle qui est doté de péristaltisme, les sutures seront théoriquement plus solides et les échecs moins nombreux que lors de l'intervention de NOBLE.

- Enfin CHILDS & PHILIPPS obligent une plicature fixation complète (de l'intestin grêle en totalité).

b) Inconvénients de l'opération de CHILDS & PHILIPPS

- En premier lieu : LA TAILLE DES FILS UTILISES

. Ne pouvant utiliser des fils fins qui, très vite, couperont le mésentère CHILDS & PHILIPPS durent utiliser des fils de gros calibre n°2.

. Qu'il s'agisse de soie comme le veulent les auteurs, de nylon comme le veut MAC CARTHY ou même de catgut chromé comme le veut CALVET, les fils se comporteront dans la cavité abdominale comme des corps étrangers.

- de ce fait ils seront mal tolérés :

. à leur contact iront quelquefois se collecter des abcès plus ou moins importants et nous citerons comme exemple une observation de J. MOREAUX où 6 mois après l'intervention du pus est retrouvé le long des fils (Obs. n°30). Une observation de G. THOMERET où des abcès aseptiques formés au contact des fils forcèrent à réintervenir.

Il est bien évident qu'un tel risque d'abcès est maximum en cas de péritonite et que la nature du matériel ne changera que peu de chose. A un degré de plus il faut redouter que ces fils soient expulsés vers la lumière intestinale.

Tous les défenseurs de cette opération sont maintenant d'accord pour reconnaître que CHILDS & PHILIPPS prennent un trop grand risque

en plaçant les fils 2 ou 3 millimètres du bord intestinal.

Les observations de migration sont connues :

- LORTAT-JACOB & RICHARD reconnaissent qu'elle était imminente chez un de leurs patients qu'ils avaient dû réopérer.

- MAC CARTHY a publié le cas d'une femme de 55 ans balafrée de l'abdomen à qui il avait dû faire une libération d'adhérences et un CHILDS et qu'il devait réopérer 30 mois plus tard pour découvrir de multiples fistules le long des soies de suture mésentérique qui avaient migré.

- Enfin plus récemment CHARLEUX et THIRAUT ont publié la triste observation d'un homme de 67 ans balafré de l'abdomen, ayant subi, 4 ans auparavant, un CHILDS qu'ils devaient réopérer pour une nouvelle occlusion intestinale aiguë :

. l'exploration montrait que le CHILDS était défait et que surtout "à la partie initiale du grêle on découvre une sorte de diverticule de Meckel qui s'enfonce dans le mésentère ; de deux autres anses grêles pour aboutir à une quatrième dans laquelle il est perforé. En libérant ce pseudo-diverticule on l'ouvre et l'on s'aperçoit qu'il contient le vestige d'un des fils du CHILDS". Malgré une nouvelle plicature fixation au catgut chromé ce patient devait décéder quelques semaines plus tard.

Quelle que soit la nature des fils utilisés, quelle que soit leur distance par rapport à l'intestin, leur calibre, forcément gros, est un grand inconvénient du "CHILDS" ... Ces fils se comportent comme des corps étrangers et exposent aux abcès et à la migration vers la lumière intestinale.

- Les accidents vasculaires constituent le deuxième groupe de complications de l'opération de CHILDS et PHILIPPS.

Durant l'intervention on peut observer :
- des blessures des vaisseaux mésentériques lors du passage des fils ... elles ne sont jamais graves et doivent être évitées si l'opérateur est attentif et transillumine au besoin le mésentère. Il faut cependant savoir que chez les sujets gras et malgré l'utilisation d'un instrument mousse ces petits accidents sont possibles.

- des compressions vasculaires par trop grand serrage des fils exposant à des nécroses de la totalité de l'intestin : et nous citerons :

. une observation de FORSTER concernant une femme de 39 ans ayant subi une libération de brides et un CHILDS pour occlusion post-opératoire. Collapsus au réveil et décès à la 36e heure. La vérification post-mortem ne trouvait pour seule explication du décès qu'un CHILDS trop serré cyanosant les anses grêles.

D'ores et déjà nous pouvons citer l'une de nos observations :

- Mme BRI ... (Obs. n°) où l'on dut renoncer au Childs, l'intestin devenant bleu au serrage des fils.

Dans ces deux observations on peut penser qu'il s'agissait d'erreur technique mais il faut reconnaître que le risque de serrage existe.

- Après l'intervention on peut observer des ulcérations vasculaires liées soit à la migration des fils, soit surtout à la section, par les fils, du mésentère et des vaisseaux qu'il contient et nous citerons pour illustrer ce

risque une observation de J. MOREAUX (Obs.23) concernant une femme de 45 ans qui subit un CHILDS lors d'un rétablissement de continuité (anastomose iléo-rectale) après colectomie totale et, chez qui, on dut réintervenir au 16e jour devant un tableau d'hémorragie interne. La réintervention mit en évidence une ulcération d'une artère jéjunale au contact d'un des fils du CHILDS. Les suites furent troublées par une fistule du grêle mais la guérison put être obtenue.

LES TROUBLES DU TRANSIT INTESTINAL

a) L'ILEUS POST-OPERATOIRE :

La reprise habituelle des gaz a lieu le 3e ou le 4e jour après CHILDS et PHILIPPS.

Il convient cependant de noter que les selles n'apparaissent le plus souvent que vers le 7e voire le 10e jour. Tout cela est banal.

Cependant dans certains cas, cet iléus peut se prolonger de façon très anormale et prendre rang de véritable complication.

Nous citerons comme exemple, encore un cas de MOREAUX (Obs. 13) concernant une femme qui dut subir une plicature fixation pour des accidents obstructifs répétés, séquelles de péritonite tuberculeuse ayant nécessité 15 interventions gynécologiques et digestives.
Au 10e jour post-opératoire le transit intestinal ne s'étant pas rétabli malgré les moyens médicaux on dut réintervenir pour anastomoser une anse grêle dilatée au sigmoïde. Cette anastomose entraîna une diarrhée grave mais a pu être supprimée un an plus tard. Nous ne pouvons accuser le procédé de CHILDS comme seul

responsable de ces iléus post-opératoires. Ils sont en grande partie provoqués par l'importance des zones dépéritonisées lors de la libération du grêle, par les traumatismes portés à l'intestin durant cette libération, enfin, en cas de péritonite purulente on comprend facilement que le transit soit retardé.

b) Dans les occlusions secondaires et tardives par contre les accusations contre le procédé de CHILDS se feront plus précises.

Certes il est des cas où la récidive occlusive est absolument indépendante du procédé:

. soit que la masse du grêle, quoique parfaitement ordonnée, vienne coller à la cicatrice de laparotomie du fait de l'absence du grand épiploon comme dans deux observations de J. MOREAUX (Obs.29 et 30).

. soit parce que le péristaltisme du grêle est entravé par une bride formée par le grand épiploon lui-même ou par une bride tendue du gros intestin au petit bassin.

Par contre le procédé peut être fortement accusé dans bien d'autres pcas :

. Les fils de plicature peuvent en effet couper le mésentère et les vaisseaux qu'il contient sans donner lieu à une hémorragie interne ni à une ischémie bruyante du grêle ; mais les anses grêles ainsi libérées pourront venir s'incarcérer sous les autres fils ou se volvuler.

. Déjà CHILDS et PHILIPPS dans leur expérimentation princeps avaient observé 4 fois sur onze la section du mésentère par les fils .. ils pensaient que ces accidents tenaient au jeune âge de leurs porcelets et à la finesse des mésos.

. Cependant de tels accidents ont été retrouvés en clinique humaine et nous pouvons citer:

- un cas de CARAYON où il fallut réintervenir au 8e jour pour constater une striction du grêle sur un des fils transmésentériques qui avait coupé.

- une observation de FORSTER (Obs. n°23) où un point en U s'était relâché, les feuillets mésentériques extérieurs ayant coupé sur le fil et quoique le reste du grêle fut en bonne position une anse grêle avait pourtant pu s'insinuer sous le fil en question.

- un cas de DESJACQUES et MICHEL qui durent trois mois après CHILDS récupérer un enfant de 7 ans pour constater une strangulation de l'intestin grêle par un fil de plicature qui avait coupé.

Enfin l'observation n°28 de J. MOREAUX où la dernière anse avait échappé à la plicature.

LES FILS DE PLICATURE PEUVENT SE ROMPRE

. Comme dans l'observation n°3 de CHARLEUX et THIRAUT où l'autopsie confirma la cause du décès par embolie pulmonaire au 8e jour mais découvrit en outre que l'un des fils de catgut s'était rompu, libérant les dernières anses qui étaient retombées dans le petit bassin où elles s'étaient agglutinées.

LES FILS PEUVENT SE RELACHER

et une anse grêle peut ainsi s'engager sous la boucle de fil comme dans le cas cité par RICHARD et LORTAT-JACOB.

Enfin dans certains cas la plicature peut se défaire complètement sans qu'on puisse sa-

voir la cause précise et à la réintervention la disposition du grêle est complètement anarchique à tel point que l'opérateur ne pourrait affirmer qu'une plicature a été réalisée auparavant. Observation n°II de CHARLEUX et THIRAUT.

LES FISTULES DE L'INTESTIN GRELE :

- Elles constituent une grave complication dont la fréquence atteint en moyenne 10 p.cent.

- Entéro-entérales elles pourront passer inaperçues, externes elles constitueront une complication redoutable.

- Il est difficile de bien estimer la responsabilité de la plicature mésentérique.

- Souvent, la fistule est directement liée au mauvais état des tuniques de l'intestin, fragilise par les manoeuvres de libération... fragilité encore, augmentée dans certains cas par la persistance de foyers de suppuration intra-péritonéaux mal drainés.

- L'iléus intestinal provoqué par la libération laborieuse de l'intestin, majoré par la plicature sera souvent un facteur déterminant dans la survenue des fistules.

- Enfin, souvent à la faveur de cet iléus la fistule se produira-t-elle aux dépens de l'anastomose entéro-entérale après résection du grêle (un cas de CHILDS et PHILIPPS), de l'entérotomie de vidange (un cas de MOREAUX) voire même de la simple cicatrice de ponction de l'intestin.

Dans tous ces cas on ne saurait accuser le procédé, cependant il est parfois le seul responsable.

- soit du fait de la migration vers l'intestin du matériel de suture mésentérique comme dans l'observation n°1 de CHARLEUX et THIRAUT que nous avons déjà citée. Le risque de migration, du fait du fort calibre des fils utilisés, ne saurait à notre avis être diminuée par l'emploi de matériel non résorbable ni même en plaçant les fils de suture à 2 cm du bord mésentérique.

- Ailleurs, la fistule peut être provoquée par la section des vaisseaux mésentériques coupés par les fils comme dans l'observation n°23 de MOREAUX que nous avons déjà citée.

LES CRAMPES DOULOUREUSES ABDOMINALES :

- constituent une complication, certes mineure, de la plicature mais comme dans l'opération de NOBLE, d'une extrême fréquence :

  - 2 malades sur sept des premiers opérés de CHILDS
  - 10 des 24 opérés de MAC CARTHY
  - de nombreux opérés de MOREAUX se plaignent de coliques résiduelles.

EN CONCLUSION -

CHILDS et PHILIPPS ont eu l'immense mérite, tout en restant fidèles à l'idée princeps de NOBLE de plicaturer l'intestin, d'imaginer de fixer cette plicature par l'intermédiaire des feuillets mésentériques et non plus par Enteroptychie.

- Cependant, si le principe est ingénieux, la méthode proposée nous semble grossière et surtout dangereuse.

- Par leur seul calibre, les fils utilisés, quelle que soit leur nature (nylon, soie ou catgut) se comporteront en corps étrangers dans la cavité péritonéale et seront mal tolérés. Des abcès se formeront à leur contact, ailleurs, ils migreront vers la lumière intestinale, entraînant dans les deux cas de redoutables fistules du grêle.

- Les accidents vasculaires constituent le deuxième groupe de complications : les vaisseaux mésentériques peuvent être blessés lors du passage des fils trans mésentériques, mais surtout la totalité du grêle peut se nécroser par compression des vaisseaux, ailleurs les nécroses ou fistules du grêle peuvent être plus limitées liées à de simples érisions vasculaires au contact des fils.

- Le procédé de CHILDS & PHILIPPS expose aux récidives occlusives par lâchage du montage dû à la section des feuillets mésentériques par les fils de fixation jouant les "fils à couper le beurre" ailleurs, les fils peuvent se rompre ou se relâcher, la moyenne officieuse des récidives occlusives est estimée à 10 p.cent.

- Enfin, le procédé de CHILDS et PHILIPPS fait courir par différents mécanismes, un risque considérable de fistules du grêle dont la fréquence est en règle de 10 p.cent.

- Toutes ces raisons nous ont conduits très vite à abandonner l'opération de CHILDS & PHILLIPPS et à chercher un autre procédé de fixation de la plicature mésentérique.

DEUXIEME PARTIE

NOTRE PROCEDE DE MESENTEROPTYCHIE

Déçu par l'opération de NOBLE.

Séduit par le principe de CHILDS et PHILIPPS de maintenir la plicature intestinale par fixation des feuillets mésentériques, notre Maître le Professeur Jean LOYGUE fut d'emblée réticent, quant au procédé de fixation proposé.

- L'embrochage des feuillets mésentériques, leur suture simultanée par trois fils de gros calibre, la grossièreté du matériel abandonné dans la cavité péritonéale, les complications redoutées et bientôt observées, le conduisirent dès 1966 à utiliser un autre mode de suture plus habituel en chirurgie viscérale : la suture à points séparés.

PRINCIPE -

- Le but de notre procédé est de réaliser une véritable MESENTEROPTYCHIE en suturant les uns aux autres les feuillets mésentériques par des points séparés de matériel fin et non plus, comme le proposaient CHILDS & PHILIPPS par "embrochage ficelage" à l'aide de 3 gros fils.

TECHNIQUE -

- Après vidange de l'intestin grêle par ponction aspiration, libération complète de la totalité des anses, nettoyage soigneux si besoin

est de la cavité abdominale, réparation des éraillures intestinales, résection éventuelle des anses trop altérées, on procèdera comme dans le NOBLE ou le CHILDS à la plicature de l'intestin.

- L'intestin grêle est en effet disposé en une série d'anses de 15 à 18 cm parallèles les unes aux autres.

On peut aussi, comme certains le font dans l'opération de CHILDS, disposer les anses en ménageant les anses médianes longues et des anses extrêmes courtes .. la masse du grêle prenant une forme ovoïde.

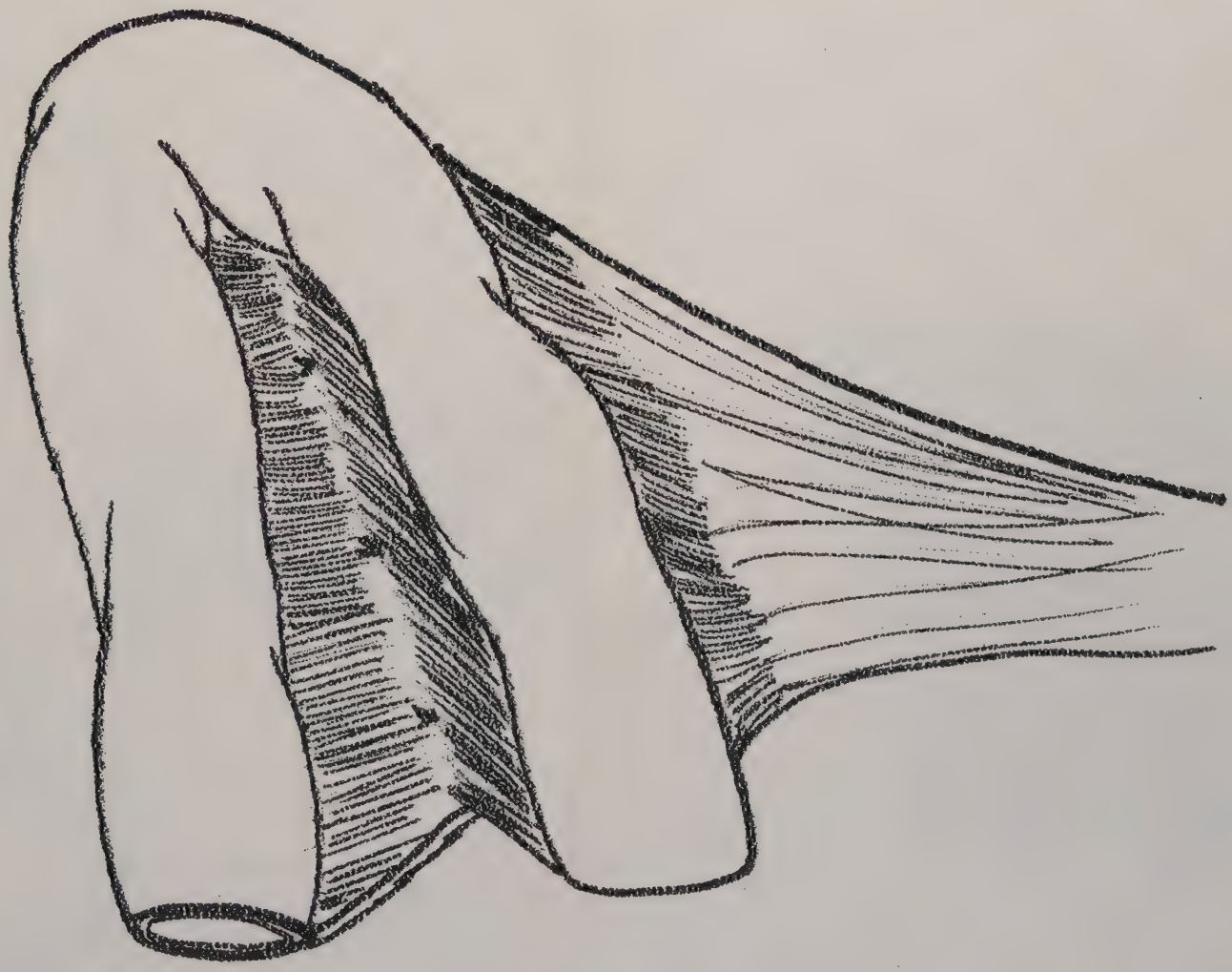
- La MESENTEROPTYCHIE est réalisée en suturant les feuillets mésentériques les uns aux autres par des points séparés en X ou U de soie 00.

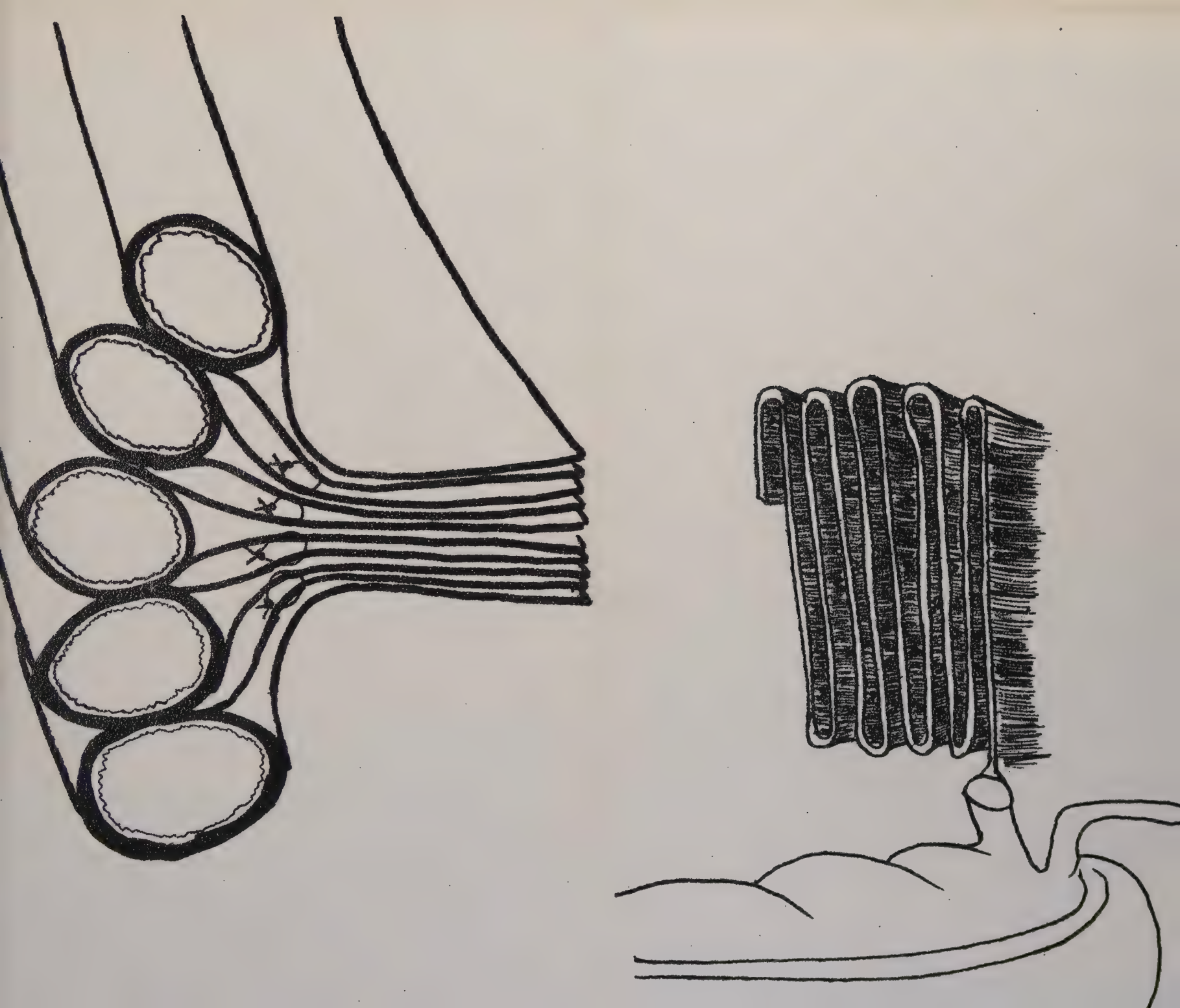
L'aide écartant les anses, l'opérateur pourra facilement placer ces points à 2 ou 3 cm de l'intestin grêle. L'aiguille montée courbe fine et atraumatique maniée au porte-aiguille ne chargera chaque fois que le feuillet mésentérique, évitant de blesser les vaisseaux sous-jacents. Comme il est habituel lors des péritonisations et des fermetures des brèches des mésos.

- L'intestin étant disposé en une série de U ouverts, tantôt en haut, tantôt en bas, on place 5 à 6 points d'accolement par U en s'efforçant de bien fixer les virages.

- Il est indifférent de réaliser les sutures en partant de la fin ou du début du grêle.

Dix ou quinze centimètres d'intestin sont laissés libres en aval de l'angle de Treitz et en amont de la valvule iléo-coecale.





- Durant toutes ces manoeuvres, il est évident que le grêle est manié avec douceur et qu'il est protégé des traumatismes et du dessèchement (sources d'adhérences) par des champs imbibés de sérum. La Mésenteroptychie terminée, le grêle se présente comme une masse plus ou moins ovoïde où les anses grêles conservent toute leur mobilité, retenues simplement par des charnières mésentériques régulièrement disposées.

- La masse du grêle est réintégrée, le grand épiploon, si il existe, sera rabattu en tablier et la cavité péritonéale pourra être refermée après instillation locale du mélange d'Hydrocortisone et d'antibiotiques.

AVANTAGES -

Il convient tout d'abord de souligner la finesse du matériel, et le principe de la suture à points séparés.

La soie OO est mieux tolérée et par leur seule taille les fils n'auront pas tendance à être éliminés par migration vers la lumière intestinale.

Réalisée en milieu septique (Péritonite) ce type de suture expose moins que les gros nylons ou catgut aux abcès résiduels à leur contact.

Cette finesse du matériel n'expose-t-elle pas au risque de lâchage du montage ?? NON

De même que pour péritoniser, on n'utilise pas de fils de gros calibres, mais des fils fins régulièrement placés, de même est-on en droit d'utiliser pour maintenir la plicature du matériel fin non résorbable.

- Les lâchages sont rares pour plusieurs raisons :

- Les sutures sont toujours faites sans aucune traction, les feuillets mésentériques venant toujours s'adosser les uns aux autres avec le plus grand naturel.

- En second lieu, en plaçant 5 à 6 points par jambage, on assure ainsi une excellente répartition de la fixation, accroissant les zones d'adhérences mésentériques et partant, la solidité de la fixation.

- En cas de lâchage d'un ou de deux points d'un jambage, l'ordonnance restera maintenue et l'anse en question gardera sa disposition grâce aux autres points de voisinage. On ne saurait comparer les conséquences de ce lâchage à celles d'un des fils de CHILDS.

- En grand nombre, bien sûr, de tels lâchages aboutiraient à l'échec de la plicature, mais en aucune façon, dans une telle éventualité, ils n'exposeraient aux risques redoutables de fistulisation du grêle tel qu'il existe lorsque les 3 fils de CHILDS sont libres dans la cavité péritonéale.

- Trop serrés, les fils de CHILDS font courir un risque redoutable de compression vasculaire où jouent les "fils à couper le beurre" en sectionnant les feuillets mésentériques.

- Pas assez serrés, au contraire, ils seront inefficaces ou même dangereux, une anse grêle pouvant en effet venir s'étrangler dans la bouche du fil. De tels risques n'existent pas avec notre procédé.

- Ainsi donc, notre MESENTEROPTYCHIE nous semble fournir une meilleure tolérance des fils

et une plus grande sécurité de fixation.

- LES COMPLICATIONS VASCULAIRES - elles aussi - DISPARAITRONT AVEC NOTRE PROCEDE.-

En évitant "l'embrochage-ficelage" de CHILDS, nous éliminons formellement toute compression des vaisseaux mésentériques et, par conséquent, la nécrose mortelle du grêle telle qu'on a pu l'observer avec la Plicature fixation de CHILDS & PHILIPPS.

- Les érosions vasculaires, sources d'hémorragie interne, ou de fistule du grêle, provoquées par la section des feuillets mésentériques sous les anses des fils ou par la migration de ces derniers disparaissent avec notre procédé.

- Quant au risque mineur de blessure vasculaire lors du passage des points, il est faible et facilement évité avec un tant soit peu d'attention, sinon d'entraînement.

- Les fistules du grêle seront par toutes ces raisons évitées :

- absence de migration des fils
- disparition des abcès résiduels au contact des fils par mauvaise tolérance
- disparition des complications vasculaires sources d'ischémie intestinale.

Notre méthode ne peut pas, comme l'opération de CHILDS & PHILIPPS, être responsable d'un certain nombre de fistules. Cela signifie-t-il que l'on n'observera jamais de fistule du grêle après Mésenteroptychie ? NON ... Il reste en effet possible, sans que notre méthode soit directement responsable, d'observer des fistules du grêle provoquées par le mauvais état

des tuniques intestinales, par une plaie du grêle passée inaperçue, par un foyer de péritonite mal évacuée, ou par un lâchage d'entérotomie, ou de suture intestinale ... dans tous les cas en effet, la méthode n'est pas directement en cause, tout au plus pourrait-on lui reprocher un certain degré d'Iléus observé après toute plicature du grêle ... mais dans la genèse de cet Iléus lui-même, ne pourrait-on aussi incriminer les traumatismes du grêle, le mauvais état des tuniques intestinales, les foyers septiques résiduels ?

Enfin, de même que celui de CHILDS & PHILIPPS, notre procédé ne devrait pas gêner une éventuelle réintervention abdominale ultérieure, voire même une réintervention portant sur le grêle lui-même.

Enfin, la Mésenteroptychie que nous proposons protègera certainement des éviscérations post-opératoires.

- QUELLES CRITIQUES PEUT-ON NOUS ADRESSER ?

- Les chirurgiens pressés nous reprocheront peut-être une durée d'exécution légèrement supérieure à celle d'une Plicature fixation de CHILDS & PHILIPPS. La durée moyenne de confection de la Mésenteroptychie est de vingt à trente minutes ... mais que valent actuellement dix à quinze minutes comparées à la plus grande sécurité offerte par notre procédé ?

- Certes, comme nous l'avons déjà dit, notre méthode, comme toutes celles qui plicaturent l'intestin grêle entraîne un certain iléus post-opératoire, et le délai moyen de reprise du transit est le même qu'après CHILDS & PHILIPPS. Il convient cependant de rappeler que dans la genèse de cet iléus entrent pour une

large part les traumatismes provoqués par la libération du grêle, le mauvais état des tuniques intestinales ; l'existence, enfin, de fausses membranes, séquelles de foyers septiques. Pour remédier à l'inconfort post-opératoire qui en résulte, il est classique d'infliger aux patients l'inconfort d'une sonde nasale d'aspiration ... devrait-on peut-être pratiquer cette aspiration par voie transpariéto gastrique comme le font certains ?

- Notre méthode ne met pas à l'abri des occlusions provoquées par une bride épiploïque ou surtout des adhérences grêle-pariétales telles qu'on peut les observer après sacrifice du grand épiploon et malgré un parfait rangement intestinal.

Les précautions habituellement utilisées dans la prévention des adhérences et notamment l'utilisation du mélange d'Hydrocortisone et d'antibiotiques doivent être systématiques et seront exposées avec les indications de notre méthode.

- Les crampes douloureuses abdominales durant les premiers mois post-opératoires telles qu'on les observe après CHILDS ou NOBLE ne seront pas évitées par notre procédé.

- Enfin, nos observations les plus anciennes remontant à 1966, le recul que nous avons est pour l'instant insuffisant mais nos premiers résultats semblent encourageants.

INDICATIONS -

MESENTEROPTYCHIE PARTIELLE ou MESENTEROPTYCHIE TOTALE ?

L'importance des complications observées après plicature segmentaire de l'intestin grêle nous font contre-indiquer formellement les Mésenteroptychies partielles.

MESENTEROPTYCHIES "CURATIVES"

- Les indications indiscutables de la Mésenteroptychie sont à l'évidence :

- Les occlusions intestinales aiguës récidivantes par brides et adhérences.

- Les sub-occlusions récidivantes entraînant un syndrome de Koenig, telles qu'on est souvent amené à les observer chez les "balafrés de l'abdomen".

Dans ces deux cas, en effet, la mésenteroptychie doit remplacer les opérations de NOBLE et de CHILDS & PHILIPPS dont nous avons déjà signalé les inconvénients.

- MESENTEROPTYCHIES "PREVENTIVES"

- Les indications des Mésenteroptychies destinées à protéger les patients d'une éventuelle occlusion ultérieure, sont beaucoup plus difficiles à codifier.

- On peut, en effet, discuter de l'opportunité de la mésenteroptychie :

- Toutes les fois où, après ablation de l'intestin grêle, celui-ci présente de larges surfaces dépéritonisées, cruentées faisant redou-

ter une coudure ultérieure.

- Dans les péritonites à foyer disséminés où après toilette de ces différents abcès intra-péritonéaux, les anses grêles qui y étaient agglutinées présentent des tuniques épaisses couvertes de fausses membranes.

- Lors de la première crise d'occlusion, si l'agent occlusif est simplement représenté par une ou deux brides alors que le reste de la cavité abdominale est libre d'adhérences.

Dans ces trois circonstances, en effet, du fait de la sécurité offerte par notre procédé, on peut envisager une mésenteroptychie. Pour l'instant, nous devons l'avouer, nous restons, malgré la bénignité de notre méthode, assez avares de ces indications prophylactiques ... Sans doute sommes nous encore, insconsciemment, défavorablement influencés par les mauvais résultats de l'opération de NOBLE et par les dangers de l'opération de CHILDS & PHILIPPS.

Cependant, et malgré l'innocuité beaucoup plus grande de notre procédé, comparé au NOBLE ou CHILDS, nous refusons les indications prophylactiques systématiques telles que certains les proposent dans les colectomies totales, dans les pelvectomies totales, voire même au terme des interventions digestives ou gynécologiques les plus banales, comme le proposent CALVET & HIRTZ.

Ce sont là des indications à nos yeux abusives et nous préférons rappeler :

- LES REGLES TRADITIONNELLES DE PREVENTION DES ADHERENCES

En évitant les traumatismes opératoires de l'intestin et du péritoine, et pour cela les

manoeuvres opératoires seront toujours faites avec douceur, en proscrivant les pinces traumatisantes, les tractions brutales sur l'intestin ; les compressions trop longtemps maintenues sur le péritoine pariétal.

L'intestin ne sera jamais exposé durant de longues périodes à l'air libre et sous les feux du scialytique, mais toujours protégé par des champs imbibés de sérum.

- En évitant la présence de corps étrangers intrapéritonéaux et, notamment, des drainages intempestifs.

Nous rappellerons l'effet nocif de toutes les substances chimiques irritantes pour le péritoine, telles que la teinture d'iode ou l'ammoniaque.

En protégeant soigneusement la cavité péritonéale des épanchements de sang tant durant l'incision pariétale (en faisant l'hémostase et en utilisant un champ humide très vite placé dès l'ouverture péritonéale) que durant l'intervention (en délimitant soigneusement le champ opératoire par des champs humides judicieusement placés) ou que durant la fermeture pariétale.

De même la cavité péritonéale sera toujours protégée des écoulements de bile ou de liquides digestifs.

En faisant systématiquement en fin d'intervention et, a fortiori, en cas de foyers septiques, une toilette péritonéale rigoureuse et un rangement soigneux du grêle devant lequel sera rabattu le grand épiploon.

Enfin, nous utiliserons systématiquement dans

toutes les interventions de l'étage sous mésocolique le mélange d'hydrocortisone et d'antibiotiques préconisé par E. LEVY et A. DUCASSE, et dont l'innocuité et l'efficacité ne sont plus à démontrer.

Tels sont les avantages et les indications de notre procédé de MESENTEROPTYCHIE qui nous paraît préférable à l'opération de NOBLE et à la Plicature fixation de CHILDS et PHILIPPS.

-:-

TROISIEME PARTIE

ETUDE COMPARATIVE DE 16 CHILDS & PHILIPPS

et

de 19 MESENTEROPTYCHIES SELON NOTRE PROCEDE

CHILDS & PHILIPPS -

- Observation n°1 : Mr. MAR... René

- Homme actuellement âgé de 66 ans, ayant subi une laparotomie exploratrice en 1962, qui avait montré une mésentérite rétractile.

- En 1963 une occlusion intestinale aiguë nécessite la résection des 60 derniers centimètres du grêle, du coecum et de la moitié inférieure du colon ascendant ainsi qu'une plicature-fixation (CHILDS) de la totalité du grêle.

- Cinq ans plus tard, ce patient est réopéré pour occlusion du grêle par un autre chirurgien qui a bien voulu nous faire part de ces constatations opératoires : une anse grêle avait échappé à la plicature et était étranglée par une bride du grand épiploon collant à la paroi. Ponction de plusieurs anses et résection du grand épiploon.

- Ce patient est guéri mais n'est plus suivi par nous.

- Observation n°2 : Mr. DOS... Roland

- Homme de 37 ans ayant subi, dans l'enfance, une appendicectomie difficile, secondairement compliquée de deux occlusions ayant nécessité

chaque fois une intervention chirurgicale dont nous n'avons pas le compte-rendu.

- Adressé dans le service pour fistule grêlo-colique entraînant un défaut d'absorption de la Vitamine B 12 par Blind Loop Syndrom.

- Intervention le 18.11.63 : libération laborieuse du grêle, suppression de l'anastomose jéjuno-colique, opération de CHILDS & PHILIPPS.

- Le transit a repris au 7e jour.

- Ce patient va bien au 64e mois.

- Observation n°3 : Mme PEC... Nanda

- Femme de 26 ans, ayant subi à l'étranger une appendicectomie en début de grossesse. Trois mois plus tard survint une occlusion intestinale nécessitant une laparotomie pour section de bride.

Huit jours plus tard, le transit n'a pas repris forçant à réintervenir : résection du grêle + iléo-transversostomie.

- Cette patiente nous est adressée deux mois plus tard pour un nouvel épisode obstructif qui nécessitera :

- une nouvelle libération
- une plicature fixation de Childs & Philipps.

- Le transit reprit au 6e jour.
- La grossesse fut menée à terme.
- Va bien, a bien conduit une deuxième grossesse.
- Recul : 36 mois.

- Observation n°4 : Mme BRI ... Reine

- Femme de 71 ans présentant une sigmoïdite diverticulaire ayant nécessité :

- une première intervention pour drainage d'abcès méso-coeliaque
- une deuxième intervention pour fistule du grêle.

- Lors de la colectomie, pour laquelle cette patiente nous est adressée devant l'importance des zones dépéritonisées on décide de faire un CHILDS mais à la fin de l'intervention, tout le grêle est cyanosé obligeant à défaire la plicature.

- Suites simples.

- Observation n°5 : Mme DEL... Mireille

- Femme de 48 ans présentant un cancer rectal développé sur une recto-colite ulcéro-hémorragique évoluant depuis 30 ans.

- Amputation abdomino-périnéale le 24.1.66.
- Reprise de la colostomie le 18.2.66.
- Occlusion du grêle le 27.2.66 :
. deux anses sont coudées et fixées par la péritonisation
. libération
. vidange du grêle par ponction
. une plicature fixation de CHILS & PHILIPPS.

- Le transit ne reprend pas.
- Le 3.3.66 : péritonite obligeant à réintervenir pour constater que la suture du point de ponction intestinale avait lâché. Excision des bords - suture intestinale en 1 plan. Le CHILDS est intact.

- Première selle au 4e jour - suites simples.
- Recul de 38 mois.

- Observation n°6 : Mr. MIC... Maurice

- Homme de 68 ans ayant subi en 1947 une gastrectomie des 2/3 pour ulcère, puis de 196L à 1963 quatre interventions par voie basse pour tumeur villeuse rectale dont une nouvelle récidive conduit à une amputation abdomino-périnéale en 1965.

- 6 mois plus tard : occlusion intestinale aiguë :
. volvulus du grêle sur une bride
. libération
. entérotomie de vidange
. une plicature fixation de CHILDS & PHILIPPS

- Le transit reprit au 6e jour.
- quelques coliques durant les premiers 6 mois
- depuis tout va bien.
- Recul : 37 mois.

- Observation n°7 : Mlle BLA ... Christiane

- Femme de 21 ans adressée dans le service pour occlusion intestinale aiguë sans antécédent notable, hormis une appendicectomie 3 ans plus tôt et un avortement récent.

- L'intervention découvrait le 24.9.66 :

- une occlusion sur brides en voie d'organisation à partir :
d'un hémopéritoine vraisemblablement d'origine génitale sans qu'on puisse en apporter la preuve.

- Toilette + une plicature fixation de CHILDS & PHILIPPS.

- Le transit reprit au 4e jour.
- Les suites furent simples. Recul 34 mois.

- Observation n°8 - Mme CHA ... Andrée

- Femme obèse de 57 ans hospitalisée en août 1966 pour un syndrome abdominal douloureux et fébrile traité médicalement depuis trois semaines.

- L'intervention (9.8.66) découvrit :

. une péritonite cloisonnée en multiples foyers dont la cause était représentée par la perforation d'un diverticule de l'angle colique droit.

. colectomie droite

. plicature fixation du mésentère du fait des multiples zones dépéritonisées du grêle.

- Le transit reprit au 4e jour.
- Les suites furent troublées par :
. un abcès pariéto-colique qu'il fallut drainer
. une longue suppuration pariétale
. une éventration de la cicatrice

- Cette patiente se porte bien. Recul 31 mois.

- Observation n°9 : Mme FAR ... Carmen

- Femme de 64 ans admise pour obstruction colique dont la cause se révéla être un cancer du colon descendant.

. Colostomie gauche par médiane en novembre 66.
. 15 jours plus tard :

- Colectomie gauche
- plicature fixation du fait de l'importance des adhérences déjà constituées.

- Le transit reprit au 4e jour.
- Les suites furent simples.
- Malheureusement cette patiente n'est plus suivie depuis juin 67 date à laquelle on constatait de nombreuses métastases hépatiques et du Douglas ... Décès probable.

- Observation n°10 : Mme TAR... Solange

- Femme de 31 ans ayant précédemment subi

. une appendicectomie en 1954
. une hystérectomie totale en 1962 pour suppuration annexielle
. une laparotomie pour occlusion intestinale sur bride en 1963.

- Nous la voyons lors de son 4e épisode occlusif, les 3 précédents ayant été traités médicalement.

- Intervention le 8.9.66 :
- libération difficile des anses grêles
- résection de 20 cm de grêle abîmé
- une plicature fixation de CHILDS & PHILIPPS

- Transit au 6e jour.
- Les suites furent troublées par un abcès de paroi.
- Recul 30 mois.

- Observation n°11 : Mme SPE ... Luisa

- Femme de 32 ans présentant une endométriose du colon gauche qui est sténosé et ayant déjà subi 10 mois plus tôt une hystérectomie totale

avec annexectomie.
- Résection recto-sigmoïdienne avec anastomose colo-rectale transversale selon le procédé de DUHAMEL.
- Une plicature fixation de CHILDS & PHILIPPS.

- Le transit reprit au 4e jour.
- Les suites furent simples.
- Recul : 30 mois.

- Observation n°12 : Mme REB... Anne-Marie

- Femme de 71 ans adressée pour fistule anastomotique et occlusion du grêle 8 jours après colectomie droite de propreté faite pour un énorme cancer de l'angle droit.

- Intervention :
- libération d'adhérences inflammatoires
- recoupe de l'anastomose
- une plicature fixation de CHILDS & PHILIPPS

- Le transit reprit au 6e jour.
- Les suites furent troublées par une suppuration pariétale.
- Recul : 29 mois.

- Observation n°13 : Mlle HEN... Lucienne

- Jeune fille immature de 18 ans ayant subi
- à 13 ans une appendicectomie
- à 17 ans une première levée de bride pour occlusion
- dix mois plus tard, nouvel épisode occlusif nécessitant : une libération du grêle
une plicature fixation de CHILDS & PHILIPPS.

- La date de reprise du transit n'est pas précisée mais le transit reste capricieux et deux

mois plus tard un nouvel épisode occlusif force à réintervenir pour découvrir :
- que les anses sont bien rangées
- que la cause de l'occlusion est une adhérence jéjuno-pariétale qu'on libère.

- Cette jeune fille se plaint de douleurs abdominales fréquentes à type de crampes mais un contrôle radiologique de l'intestin grêle est normal.

- Recul : 18 mois.

- Observation n°14 : Mme DEL ... Colette

- Secrétaire de 28 ans ayant subi, ailleurs, une intervention pour stérilité tubaire, nous est adressée pour abcès du flanc.

- L'intervention (novembre 66) découvrit :
. un "textilome"
et nécessita : . une résection du grêle
. une résection colique limitée
. une plicature fixation de CHILDS & PHILIPPS

- Les gaz reprirent au 6e jour.
- Les suites furent troublées par une longue suppuration pariétale.
- Va bien. Recul : 29 mois.

- Observation n°15 : Mr. LAB... Albert

- Homme de 29 ans adressé pour occlusion récidivante du grêle :

Antécédents : Volvulus du grêle opéré 2 ans plus tôt.

Intervention :
- Volvulus de la quasi totalité du grêle autour d'une bride
- détorsion
- vidange du grêle par ponction
- résection de la bride
- plicature fixation de CHILDS & PHILIPPS

- Le transit reprend au 3e jour.
- Deux mois plus tard, nouvelle occlusion du grêle :

Intervention :
- les anses grêles flottent quasiment libres
- 1 fil de Childs a lâché
- libération du grêle
- nouvelle plicature fixation de CHILDS & PHILIPPS.

- Reprise du transit au 4e jour.
- Va bien. Recul : 36 mois.

N° OBS.	AGE (ans)	SEXE	INTERVENTIONS ANTERIEURES	INDICATION de la PLICATURE	GESTE ASSOCIE	INCIDENTS PER-OPE-RATOIRES	DELAIIDE REPRISE DU TRAN-SIT	COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES	RECUL
1	60	M	Laparotomie exploratrice	Occlusion récidivante	Résection iléo-coecale	0	Non précisé	Récidive occlusive (lâchage)	66 mois
2	37	M	Appendicectomie 2 interventions pour occlusion	Prophylactique	Correction du circuit vicieux	0	7e jour	0	64 mois
3	26	F	Appendicectomie Résection bride résection grêle + iléo-transversostomie	Occlusion récidivante	0	0	6e jour	0	42 mois
4	71	F	Drainage abcès Fistules grêle (SIGMOIDITE)	Prophylactique	Colectomie sigmoîdienne	Compression vasculaire	3e jour	0	39 mois
5	48	F	Appendicectomie.Amputation-rectum Reprise -Colostomie	Prophylactique	Vidange du grêle	0	10ejour	Péritonite Lâchage entérotomie	38 mois
6	68	M	Gastrectomie 2/3.Amputation rectum	Occlusion du grêle	Vidange du grêle	0	6e jour	Crampes durant les 6 premiers mois	37 mois
7	21	F	Appendicectomie	Occlusion du grêle	0	0	4e jour	0	34 mois

8	57	F	0	Prophylactique	Colectomie droite	0	4e jour	Abcès pariétal Eventration	31 mois
9	64	F	Colostomie	Prophylactique	Colectomie	0	3e jour	0	Métastases juin 1967
10	31	F	Appendicectomie.Hystérectomie totale.Occlusion bride	Occlusion récidivante	Résection du grêle	0	6e jour	Abcès de paroi	30 mois
11	32	F	Hystérectomie +Annexectomie	Prophylactique	Résection recto-sigmoïdienne (DUHAMEL)	0	4e jour	0	30 mois
12	71	F	Colectomie droite	Occlusion du grêle	Recoupe iléocolique	0	6e jour	Abcès de paroi	29 mois
13	18	F	Appendieectomie. Occlusion bride	Occlusion récidivante	0	0	Non précisé	Occlusion secondaire. Adhérences jéjuno-pariétales	18 mois
14	28	F	Stérilité tubaire	Prophylactique	Résection du grêle Résection Colique	0	4e jour	Abcès pariétal	29 mois
15	29	M	Volvulus grêle	Occlusion récidivante	Vidange du grêle	0	3e jour	Occlusion récidivante Lâchage	36 mois

A N A L Y S E

-:-

- A l'aide de 15 observations nous pouvons faire état de 16 opérations de CHILDS et PHILIPPS. (La plicature ayant dû être refaite dans l'observation n°15).

- Ces observations sont dans l'ensemble étudiées avec un bon recul, puisque la plus ancienne observation date de 66 mois, la plus récente de 18 mois, le recul moyen étant de plus de 30 mois.

1°- Quelles furent les indications de ces CHILDS ?

a) Dans 6 cas sur 16, il s'est agi d'occlusion récidivante de l'intestin grêle (37,5 p. cent).

Observations n°1, 3, 10, 13 et deux fois dans l'observation n°15.

b) Dans 3 cas sur 16 la plicature fut faite lors de l'occlusion initiale de l'intestin grêle (18,7 p.cent).

Observations n°6, 7 et 12.

c) Dans 7 cas sur 16 la plicature fut faite à titre prophylactique (43,8 p.cent) soit que l'opérateur eut jugé bon d'ajouter la plicature du fait de l'importance des zones cruen-

tées et dépéritonisées de l'intestin grêle, soit du fait des difficultés de péritonisation et de la menace d'agglutination des anses soit enfin du fait de l'importance des adhérences découvertes sur l'intestin grêle malgré l'absence de signes d'occlusion.

Observations n°2, 4, 5, 8, 9, 11 et 14.

2°- Gestes associés :

- dans la quasi totalité des cas, la plicature s'est accompagnée d'un autre geste chirurgical allant de la simple ponction ou entérotomie de vidange à des interventions plus lourdes (colectomie ou amputation du rectum).

- dans 3 cas seulement la plicature fut isolée.

Observations : n°3, 7 et 13.

3°- Délai de reprise du transit intestinal

- Il s'étend du 3e au 10e jour avec une moyenne autour du 4e.

- Il faut cependant noter que si les gaz apparaissent dès le quatrième jour en moyenne, la première selle n'apparaît pas avant le 5e ou le 6e jour.

4°- Complications observées :

- Sans tenir compte de 4 suppurations pariétales (observations 8, 10, 12 et 14) que l'on ne saurait imputer à la méthode, nous déplorons 6 complications sur 16 cas (37,5 p.cent).

a) une complication per-opératoire : la compression des vaisseaux de l'intestin grêle

lors du serrage des fils dans l'observation n°4.

- Il s'agit sûrement d'une faute technique, l'opérateur doit avoir trop serré ses fils d'une part mais aussi d'autre part, voulant probablement éviter la migration ou la fistule, l'opérateur a dû placer ces fils trop loin du bord mésentérique du grêle.

- Une telle complication est grave .. l'intestin grêle s'est complètement cyanosé et l'opérateur a renoncé au Childs.

- Nous rapprocherons cette observation de celle (n°1) de FORSTER.

b) Une péritonite par lâchage du point de ponction pour vidange de l'intestin grêle (Obs. n°5).

- Cette complication n'est pas directement imputable au Childs ... elle est cependant causée par l'iléus post-opératoire qui résulte de la disposition des anses.

- Nous n'avons pas pu l'éviter malgré les précautions que nous prenons pour vidanger l'intestin grêle en interdisant l'entérotomie vraie, en ponctionnant simplement l'intestin avec un très fin trocart de Potain et en suturant par un point en X l'orifice de ponction.

- Les suites furent heureusement simples.

c) Dans un cas (Observation n°6) le patient s'est plaint de crampes douloureuses abdominales durant les 6 premiers mois post-opératoires.

d) Enfin, nous voudrions terminer par les récidives occlusives : 3 cas : observations 13, 1 et 15.

- Certes, dans l'observation n°13, le Childs n'est pas directement en cause puisque la récidive était liée à des adhérences formées entre le grêle et la cicatrice pariétale ...

- Par contre, dans les observations n°1 et n°15, il s'agit de lâchage de fil du Childs libérant une ou plusieurs anses et permettant la récidive.

- Ces 3 observations vont formellement à l'encontre de ceux (CALVET) qui préconisent une large abstention chirurgicale devant les récidives occlusives post-Childs.

-:-

MESENTERIPTYCHIES SELON NOTRE PROCEDE

OBSERVATION n°1 - Mme LE..F.. St.

- Femme de 53 ans adressée pour occlusion intestinale aiguë.

- Antécédents ::Babcock-Bacon un an auparavant pour cancer rectal.

- Intervention :
La cause de l'occlusion est représentée par des brides peu sérrées.

- Pas de métastases ni de récidive.
- Libération de la totalité de l'intestin grêle.
- Mésentéroptychie

- Reprise du transit : non précisée
- Va bien.
- Recul : 36 mois.

OBSERVATION n°2 - Soeur LUC

- Religieuse de 29 ans, admise pour occlusion du grêle et qui plusieurs années auparavant avait subi une appendicectomie dont les suites furent difficiles et nécessitèrent une anastomose iléo-colique.

- A l'intervention on découvrit :

- après libération de très nombreuses adhérences,
- une anastomose iléo-transverse latéro-latérale avec cul-de-sac iléal de 10 cm de long

- une dilatation importante du grêle
- un volvulus de la moitié des anses grêles dans la brèche rétro-anastomotique
- un moignon iléal de 7 cm attenant à la valvule iléo-coecale.

- L'anastomose est supprimée, le cul-de-sac iléal ainsi que le moignon iléal appendu au coecum sont réséqués, on réimplante le grêle dans le coecum au niveau de la valvule de Bauhin et on termine l'intervention par une Mésentéroptuchie et une cure d'éventration.

- La date de reprise du transit n'est pas précisée.

- Les suites immédiates furent simples mais cette religieuse dut être réopérée pour une péritonite au 6e mois :

- aucune cause mécanique fut alors retrouvée
- le rangement du grêle restait intact
- mais tout le péritoine était rouge vif faisant conclure à une péritonite primitive infectieuse ou toxique.

- Les suites furent simples sous traitement médical.
- Recul : 27 mois.

OBSERVATION n°3 - Mr. MAL .. Robert

- Chauffeur de 54 ans ayant subi une résection anastomose colique gauche pour adénocarcinome de la jonction recto-sigmoïdienne.

- Occlusion du grêle au 4e mois.
- Intervention : Libération laborieuse de très nombreuses adhérences
- pas de métastases
- Mésentéroptychie

- Le transit reprit au 4e jour.
- Suites simples - Recul : 26 mois.

OBSERVATION n°4 - Mme COR... Marie

- Femme de 51 ans : martyre de la chirurgie ayant subi :

- de multiples interventions portant sur :
  - l'estomac
  - la vésicule biliaire
  - les voies biliaires
  - l'utérus.

atteinte de recto-colite hémorragique ayant nécessité :
- une colectomie totale avec iléostomie
- une inversion d'anse grêle sans succès contre la diarrhée.

- Admise pour occlusion intestinale aiguë 4 mois après cette dernière intervention :
- Libération d'adhérences
- Mésentéroptychie.

- Le transit reprit au 3e jour.
- 6 mois plus tard, nouvel épisode occlusif avec fièvre à 40°.

- L'intervention découvre :
- de volumineux abcès intra-péritonéaux qui sont énormes
- que la moitié terminale des anses ne sont plus rangées et sont en symphise anarchique.

- Libération des anses - Vidange
- nouvelle plicature.

- Reprise du transit au 3e jour.
- 1 mois plus tard est réhospitalisée pour des douleurs abdominales et de la fièvre :
- nouvelle intervention : il n'y a pas d'abcès.
- les anses ne sont pas dilatées, mais tout le

grêle est à nouveau dans un état de symphyse anarchique
- comme il n'existe pas d'occlusion vraie, on s'abstient de tout geste supplémentaire.

- Le transit reprit au 4e jour.
- Cette patiente conserve des crampes abdominales.
- Recul : 27 mois.

OBSERVATION n°5 - Mr DIE... Jean

- Homme de 57 ans ayant subi pour un volumineux cancer du sigmoïde envahissant la vessie.

- Une colectomie gauche
- Une cystectomie partielle

- Au 17e jour post-opératoire survint une occlusion intestinale aiguë obligeant à réintervenir.

- volvulus du grêle sur une bride épiploïque
- libération - ponction vidange du grêle
- mésentéroptychie

- Le transit reprit au 3e jour
- Les suites furent simples
- Recul 29 mois.

OBSERVATION n°6 - Mme BRA ... Paulette

- Femme de 31 ans adressée pour récidive de prolapsus rectal et génital.

- Intervention : libération de nombreuses adhérences du grêle
- rectopexie et hystéropexie au promontoire
- Douglassectomie
- Mésentéroptychie

- Le transit reprit au 4e jour.
- Les suites furent simples le recul est de 25 mois.

OBSERVATION n°7 - Mr. PER ... François

- Homme de 36 ans atteint de recto-colite ulcéro-hémorragique ayant subi pour colectosie aiguë, une colectomie sub-totale avec mise à la peau du sigmoïde et de l'iléon.

- 3 mois plus tard : deuxième temps
- sigmoïdectomie
- anastomose iléo-rectale
- iléostomie de décharge
- le grêle a été libéré de nombreuses adhérences
- Mésentéroptychie

- Le transit reprit au 3e jour.
- 3 mois plus tard : 3e temps : suppression de l'iléostomie. On put alors constater la parfaite ordonnance du grêle.

- Va bien. Recul de 17 mois.

OBSERVATION n°8 - Mr. RAM... Jean

- Homme de 68 ans ayant subi en décembre 1965 une amputation abdomino-périnéale du rectum pour cancer.

- Au 21e mois, occlusion du grêle forçant à réintervenir.
- une anse est étranglée dans une brèche de la péritonisation
- libération. La plicature est jugée inutile du fait de l'absence totale d'adhérences.
- une petite métastase hépatique du segment III nécessite une hépatectomie partielle.

- 3 mois plus tard, nouvelle occlusion intestinale aiguë
- occlusion par brides
- libération de nombreuses adhérences
- mésentéroptychie
- hépatectomie partielle du segment IV : petite métastase isolée.

- Reprise du transit au 4e jour.
- Suites simples
- Recul : 16 mois.

OBSERVATION n°9 - Mr. DER... Georges

- Homme de 63 ans, cardiaque et cirrhotique, adressé pour occlusion du grêle survenant 31 ans après suture d'ulcère duodénal perforé.

- Intervention : une anse est incarcérée dans une brèche épiploïque.

- libération laborieuse d'adhérences
- résection du grêle
- mésentéroptychie
- cure d'éventration.

- Le transit reprit au 5e jour
- Les suites furent compliquées d'un Délirium Tremens.
- Va bien - recul : 16 mois.

OBSERVATION n°10 - Mme MAI... Bernadette

- Femme de 33 ans adressée pour occlusion intestinale post-opératoire.

- Antécédents : Myomectomie utérine 5 jours auparavant.

- Intervention : La cause de l'occlusion est une bride unissant l'épiploon à un épanchement sanglant du petit bassin.

- le mésentère de la dernière anse grêle est cruenté
- libération
- mésentéroptychie

- Le transit reprend au 4e jour.
- Crampes abdominales séquellaires
- Recul : 15 mois

OBSERVATION n°11 - Mr. BER... Jean

- Homme de 55 ans adressé pour fistule du grêle.

- Antécédents : gastrectomie des 2/3 avec anastomose de type Finsterer 1967.

- 4 mois plus tard, pancréatite aiguë oedémateuse céphalique vérifiée par laparotomie et traitée médicalement.

- Intervention : cure chirurgicale de la fistule par résection de l'anse fistulisée.

- Libération difficile d'innombrables adhérences du grêle.

- Mésentéroptychie.

- Reprise du transit au 4e jour
- Va bien.
- Recul : 14 mois.

OBSERVATION n°12 - Mr. ROM ... René

- Homme de 42 ans ayant subi en novembre 1967 une colectomie droite + antrectomie pour un volumineux cancer de l'angle droit envahissant l'antre gastrique.

- Désunion anastomotique entraînant une fistule iléocolique que l'on traite médicalement deux mois avant de réintervenir :

janvier 1968 : recoupe anastomotique
- libération très difficile du grêle
- mésentéroptychie

- Le transit reprit au 3e jour.
- Nouvelle fistule du grêle au 8e jour traitée médicalement.
- Va bien. Recul 14 mois.

OBSERVATION n°13 - Mr. AZO ... Mohamed

- Homme de 45 ans adressé pour occlusion intestinale aiguë survenant 3 ans après laparotomie pour plaie par balle de l'abdomen.

- Intervention : Occlusion par brides
- libération du grêle
- vidange par ponction du grêle
- pas de plicature.

- Reprise du transit au 3e jour.
- 3 semaines plus tard : nouvelle occlusion + fièvre :
- Intervention : de nombreuses adhérences se sont formées.
- libération du grêle
- résection de l'anse où avait porté la ponction lors de l'intervention précédente
- évacuation d'un abcès du Douglas (fuite de l'orifice de ponction ?)
- mésentéroptychie.

- Reprise du transit au 3e jour.
- Va bien. Recul : 13 mois.

OBSERVATION n°14 - Mr. GAU... Louis

- Homme de 66 ans adressé pour occlusion récidivante.

- Antécédents :
- Appendicectomie 10 ans auparavant
- Gastrectomie des 2/3 pour ulcère gastrique perforé deux ans auparavant
- première libération de brides à l'occasion d'une occlusion aiguë du grêle un an plus tôt.

- Intervention : la cause de l'occlusion est représentée par un gros pillier adhérentiel qui est réséqué.
- Mésentéroptychie.

- Le transit reprit au 3e jour.
- Va bien mais se plaint de coliques douloureuses.

OBSERVATION n°15 - Mme NAY.... Gaby

- Femme de 43 ans présentant une maladie de Crohn ayant nécessité :

- un drainage d'abcès péri-sigmoïdien
- une colectomie sigmoïdienne
- une iléo-colectomie droite plus anses tranverse gauche dans l'espoir d'assécher une fistule apparue au niveau de la résection sigmoïdienne et
- enfin une totalisation de la colectomie lors de laquelle on associe une mésentéroptychie prophylactique.

- Reprise du transit au 3e jour.
- Va bien.
- Recul : 12 mois.

OBSERVATION n°16 - Mme DAM... Alexandra

- Femme de 57 ans adressée pour occlusion aiguë du grêle survenant un an après colectomie droite pour cancer.

- Intervention : la bride siège haut entre le grand épiploon et une anse jéjunale
- libération du grêle
- ponction - vidange de l'intestin
- pas de métastase
- mésentéroptychie.

- La date de reprise du transit n'est pas précisée.
- Va bien. Recul : 9 mois.

OBSERVATION n°17 - Mme MAR ... Marie

- Femme de 67 ans, cardiaque (maladie mitrale) adressée pour occlusion intestinale aiguë.

- Antécédents : Appendicectomie 47 ans auparavant.
- Cholécystectomie 4 ans auparavant.

- Intervention :
- Occlusion sur une bride
- résection de la bride et du grand épiploon qui colle à la paroi
- vidange du grêle par ponction
- pas de plicature.

- Le transit reprend au 3e jour mais au 10e jour, survient une nouvelle occlusion du grêle obligeant à réintervenir :

- la cause est représentée par une adhérence fraîche entre un "chignon" épiploïque et une anse jéjunale
- libération
- vidange du grêle par ponction
- mésentéroptychie

- Reprise du transit au 4e jour.
- Va bien mais conserve un abdomen un peu météorisé sans douleurs ni trouble du transit.
- Recul : 5 mois.

OBSERVATION n°18 - Mme REN... Paulette

- Femme de 43 ans présentant une occlusion intestinale fébrile d'installation progressive.

- A l'intervention :
- on découvre une péritonite vélamenteuse provenant d'un pyo-salpinx bilatéral.
- une bride strangulée le grêle
- libération du grêle
- hystérectomie totale + Annexectomie.

- Le petit bassin ne pouvant être péritonisé, le grêle étant largement dépéritonisé, on décide d'associer une mésentéroptychie.

- Le transit reprit au 4e jour.
- Va bien. Recul : 9 mois.

	Age (ans)	Sexe	Interventions antérieures	Indications de la plicature	Geste associé	Incidents per-opératoires	Délai de reprise du transit	Complications post-opératoires	Recul
	53	F	Babcock	Occlusion-brides	0	0	non précisé	0	36 mois
	29	F	Appendicectomie Anastomose iléo colique	Prophylactique	Correction Circuit vicieux	0	non précisé	Iléus toxi-infectieux 3 mois plus tard	27 mois
	54	M	Colectomie gauche	Occlusion-brides	0	0	4e jour	0	28 mois
	51	F	15 interventions antérieures	Occlusion brides	0	0	3e jour	6 mois plus tard: péritonite plastique. Plicature défaite. Nouvelle plicature. 1 mois plus tard: péritonite plastique. Plicature défaite.	21 mois
	57	M	Colectomie gauche Cystectomie partielle	Occlusion brides	Vidange du grêle	0	3e jour	0	23 mois
	31	F	Rectopexie Hystéropexie Annexectomie	Prophylactique	Rectopexie Hystéropexie Douglassectomie	0	4e jour	0	24 mois
	36	M	Colectomie sub-	Prophylactique	Sigmoïdectomie Anastomose iléo-rectale Iléostomie	0	3e jour	0	17 mois

Age (ans)	Sexe	Interventions antérieures	Indications de la	Geste associé	Incidents per-opératoires	Délai de reprise du transit	Complications post-opératoires	Recul
65	M	Amputation rectale Occlusion intestinale	Occlusion récidivante	Hépatectomie partielle	0	4e jour	0	16 mois
63	M	Suture ulcère perforé	Occlusion brides	Résection Grêle -Cure Eventation	0	5e jour	Délirium Tremens	16 mois
33	F	Myomectomie	Occlusion brides	Vidange du grêle	0	4e jour	Crampes abdominales	15 mois
55	M	Gastrectomie Laparotomie exploratrice	Prophylactique	Résection du grêle	0	4e jour	0	14 mois
42	M	Gastro-colectomie	Prophylactique	Recoupe anastomose (fistule) Cure Eventration	0	3e jour	Fistule du grêle Guérison 3 mois	14 mois
45	M	Laparotomie Occlusion	Occlusion récidivante	Résection du grêle Drainage abcès du Douglas	0	3e jour	0	13 mois
66	M	Appendicectomie Gastrectomie Occlusion	Occlusion récidivante	0	0	3e jour	Crampes abdominales	11 mois

Age (ans)	Sexe	Interventions antérieures	Indications de la plicature	Geste associé	Incidents peropératoires	Délai de reprise du transit	Complications post-opératoires	Recul
43	F	Incision abcès péri-sigmoïdien. Colectomie sigmoïdienne. Iléo-Colectomie droite	Prophylactique	Totalisation ù de colectomie	0	3e jour	0	12 mois
57	F	Colectomie droite	Occlusion brides	Vidange du grêle	0	non précisé	0	9 mois
67	F	Appendicectomie. Cholécystectomie Occlusion - brides	Occlusion	Vidange du grêle	0	4e jour	Météorisme Transit : RAS Douleurs : 0	5 mois
43	F	0	Prophylactique (péritonite)	Hystérectomie	0	4e jour	0	3 mois

ANALYSE

-:-

- Grâce à 18 observations, nous pouvons faire état de 19 cas de Mésentéroptychies selon notre procédé. (Deux mésentéroptychies ont été réalisées dans l'observation n°4).

- Le recul de nos observations va de 3 à 36 mois, la moyenne se situant autour de 14 mois.

1°- Quelles furent les indications ?

a) Dans 5 cas sur 19 il s'agit d'occlusions récidivantes du grêle (26,3 p.cent).

Observations n°4, 8, 13, 14 et 17.

b) Dans 7 cas sur 19 la mésentéroptychie est décidée lors de la première occlusion (36,8 p. cent).

Observations n°1, 3, 4, 5, 9, 10 et 16.

c) Enfin, dans 7 cas sur 19 (36,8 p.cent) il s'agit d'indications prophylactiques.

2°- Gestes associés

- Dans 4 cas seulement sur 19 la mésentéroptychie est isolée.

- Dans le reste des cas, le geste associé est variable et consiste au moins en une vidange du grêle.

3°- Délai de reprise du transit

- Entre le 3e et le 5e jour apparurent les gaz.
- L'apparition des selles étant plus tardive en moyenne vers le 6e jour.

4°- Complications

- Sans tenir compte d'un délirum tremens ni de l'Iléus paralytique observé au 6e mois dans l'observation n°2 (Iléus lié à une péritonite infectieuse primitive ou à une toxi-infection.. la plicature étant restée parfaite) nous faisons état de 6 complications soit 31,5 p.cent.

a) Nous étudierons tout d'abord les deux cas de lâchage que nous avons observés chez la même patiente (observation n°4).

Il s'agissait d'un terrain particulier puisque cette malheureuse femme avait subi 15 interventions chirurgicales variées (Estomac, Vésicule, Voies biliaires, utérus...) une colectomie totale pour R.C.H. et une inversion d'anse grêle lorsque se manifesta sa première occlusion du grêle par brides.

Six mois plus tard, nouvel épisode occlusif avec fièvre à quarante qui permit de constater que la moitié de la plicature était défaite et qu'il existait de volumineux abcès intra-péritonéaux ... une nouvelle plicature est faite mais un mois plus tard de nouvelles douleurs abdominales obligent à réintervenir pour constater que de nouveau la plicature est défaite.

Pour expliquer ces deux échecs on peut penser que la présence d'abcès intra-péritonéaux a entraîné très vite le lâchage de la première plicature et est aussi à l'origine du lâchage de la deuxième malgré la toilette péritonéale qui fut faite.

b) Dans un cas (observation n°12) nous avons observé une récidive de fistule du grêle ... le procédé ne peut-être directement accusé. On sait la fréquence des récidives au cours du traitement chirurgical des fistules du grêle.

c) Dans deux cas (observation n°10 et n°14) les patients se plaignent de douleurs abdominales passagères sans troubles du transit.

d) Enfin, dans un cas, encore récent, l'abdomen reste un peu météorisé mais cette patiente ne se plaint d'aucune douleur et va à la selle chaque jour.

-:-

ETUDE COMPARATIVE DES RESULTATS DES DEUX SERIES D'OBSERVATIONS

-:-

1 - NOMBRE DE COMPLICATIONS

- Sur les 16 observations de CHILDS nous avons observé 6 complications soit un pourcentage de 37,5 p.cent.

- Sur les 19 observations selon notre procédé nous avons observé 6 complications, soit un pourcentage de 31,5 p.cent.

Certes ces deux séries sont trop courtes pour avoir une grosse valeur, cependant nous pouvons dire que notre procédé a, dans l'ensemble, entraîné moins de complications.

2 - GRAVITE DES COMPLICATIONS OBSERVEES

a) Sur les 6 complications observées lors des Childs cinq peuvent être considérées comme sérieuses :
- une compression des vaisseaux mésentériques lors du serrage des fils (obs. n°4)
- deux récidives occlusives par lâchage du montage (observations n°1 et n°15)
- deux autres complications doivent être retenues en reconnaissant cependant que le procédé utilisé n'en est pas responsable.
. une péritonite par lâchage du point de vidange du grêle (obs. n°5)
. une récidive occlusive par adhérences grêlo-pariétales (obs. n°13).

b) Si nous considérons maintenant les 6 complications observées après notre procédé :
- nous relevons seulement trois complications sérieuses représentées par :
2 lâchages du montage (obser. n°4)
une récidive de fistule du grêle que cependant on ne saurait imputer directement au procédé de mésentéroptychie.

Ainsi donc, dans l'ensemble, les complications ont été moins graves après notre procédé qu'après Childs.

3 - REINTERVENTIONS SECONDAIRES

a) Après la plicature fixation de Childs et Philipps = quatre

N° obs.	Intervalle entre la plicature et la Réintervention	Indication de réintervention	Etat de la plicature
1	cinq ans	occlusion récidivante	une anse échappée
5	quatre jours	péritonite	lâchage entérotomie plicature conservée
13	dix mois	occlusion récidivante	adhérences grêlo-pariétales.Plicature conservée
15	deux mois	occlusion récidivante	plicature défaite lâchage d'un fil.

Il convient de remarquer que sur ces 4 réinterventions après opération de Childs & Philipps, dans 3 cas il s'agissait de complications liées au procédé utilisé, et que dans 1 cas le procédé ne pouvait être directement mis en cause.

b) après, notre procédé : quatre

N° obs.	Intervalle entre la plicature et la réintervention	Indication de la réintervention	Etat de la plicature
2	six mois	péritonite toxi-infectieuse	conservée
4	six mois	occlusion récidivante	plicature défaite
	un mois	douleurs abdominales	plicature défaite
7	trois mois	suppression d'Iléostomie	conservée

Il convient de remarquer que sur ces 4 réinterventions après Mésentéroptychie selon notre méthode, dans 2 cas il s'agissait de complications liées au procédé, et que dans les 2 autres cas soit qu'il s'agissait d'une affection intercurrente ou d'un autre geste thérapeutique, la Mésentéroptychie était hors de cause.

4 - RECUL MOYEN

Notre procédé n'étant utilisé que depuis 1966, le recul moyen est pour l'instant supérieur dans la série des observations selon le procédé de CHILDS.

En conclusion, l'étude des résultats de ces deux séries confirment nos impressions théoriques et nous font préconiser l'utilisation de notre procédé de Mésentéroptychie.

-:-

C O N C L U S I O N S

N'ayant encore pu percer le secret des brides et des adhérences, n'ayant pas non plus, hélas, découvert le "dissolvant" magique force est aux chirurgiens de tenter de canaliser ces proliférations anarchiques, de les ordonner plutôt que de les empêcher ou de les dissoudre.

Deux types d'interventions étaient jusqu' alors utilisées pour ce faire :

- L'ENTEROPTYCHIE de NOBLE, de moins en moins utilisée actuellement du fait de sa trop longue durée d'exécution, des risques considérables de fistule du grêle qu'elle fait courir et enfin et surtout de sa trop fréquente inefficacité.

- La PLICATURE-FIXATION du MESENTERE proposée par W.A. CHILDS et R.B. PHILIPPS :

séduisante dans son principe de maintenir le rangement du grêle en fixant non plus les anses mais le mésentère, cette intervention nous est apparue très critiquable quant à sa technique utilisant trois fils de gros calibre transfixiant les feuillets mésentériques et exposant par la grossièreté du matériel et du procédé à de nombreuses complications :

- Mauvaise tolérance des fils
- Migration du matériel vers la lumière intes-

tinale suivie de fistulisation du grêle
- complications vasculaires : blessures, ulcérations ou compression des vaisseaux mésentériques
- occlusions récidivantes par section des feuillets mésentériques, migration, rupture ou relâchement des fils.

- Fidèles au principe de CHILDS et de PHILIPPS de fixer le mésentère plutôt que les anses intestinales, nous proposons un procédé original de MESENTEROPTYCHIE utilisé depuis 1966 par notre Maître, le Professeur J.LOYGUE.

Suturant, après rangement des anses grêles, les feuillets mésentériques les uns aux autres par de nombreux points séparés (5 à 6 par cornet) de matériel très fin et non résorbable (soie 00) cette méthode nous semble plus efficace et d'une plus grande inocuité.

- Tant sur le plan théorique :
  - meilleure tolérance d'un matériel très fin
  - disparition du risque de migration des fils vers la lumière intestinale
  - suppression du risque de fistulisation du grêle, de compression ou d'ulcération vasculaire
  - enfin plus grande efficacité du montage par une meilleure répartition des points de fixation.

- Qu'à la lumière d'une étude comparative de :
  - 16 Childs et Philipps
  - et de 19 observations suivant notre procédé.

Notre procédé est particulièrement indiqué en cas d'occlusion intestinale aiguë récidivante par brides et adhérences et en cas de subocclusion récidivantes entraînant un syndrome de Koenig chez les "balafrés de l'abdomen".

A titre prophylactique nous le recommanderons lorsque la péritonisation est impossible, lorsque la libération du grêle laisse de larges zones dépritonisées, en cas de péritonites inflammatoires avec larges surfaces cruentées.

Nous ne saurions cependant et malgré la bénignité de notre procédé préconiser la plicature intestinale aussi largement que certains auteurs le font en chirurgie courante. Il nous semble préférable de rappeler les règles traditionnelles de prévention des adhérences : en évitant les souillures de la cavité abdominale, empêchant l'épanchement de sang dans la cavité péritonéale en utilisant systématiquement le mélange d'hydrocortisone et d'antibiotiques de Levy & Ducasse.

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : J. LOYGUE

Vu :
Le Doyen :
Signé : G. BROUET

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

BERAUX J.
Traitement des occlusions récidivantes du grêle - opération de NOBLE - opération de CHILDS & PHILIPPS.
Thèse Nancy 1962 - n°29.

BLONDIN S.
Conclusion de la discussion sur les résultats de l'opération de NOBLE.
Mém. Acad. Chir. 1956, 82, 608-612.

BOMPART H.
A propos de l'opération de CHILDS. Traitement des occlusions post-opératoires.
Mém. Acad. Chir. T.95, 63.

BOULVIN R.
La plicature mésentérique du grêle ou opération de CHILDS & PHILIPPS.
Ann. de Chir. 1964, 1 S, 1334-1339.

CALVET SP., PELLUS, Ph., SETBON L.
Emploi de la plicature mésentérique à titre prophylactique.
Mém. Acad. Chir. 1966, 92, 200, 207.

CALVET J.P., PELLUS Ph., SETBON
L'opération de CHILDS et PHILIPPS et ses modifications techniques, indication, résultats.
Ann. de Chir. 1967, 21, 929, 935.

CALVET J.P.
A propos de l'opération de CHILDS.
Mém. Acad. Chir. 1968, 94, 846.

CARAYON A., RESILLOT A., COURBIL J.L.
Intérêt de l'opération de CHILDS & PHILIPPS en pratique tropicale.
Bull. Soc. Méd. Afr.noire lang. franç. 1964, 9, 466-469.

CHARLEUX H., THIRAUT M.
Notre expérience de l'intervention de CHILDS & PHILIPPS.
Mém. Acad. Chir. 1968, 94, 730-734.

CHILDS W.A., PHILIPPS R.B.
Expérience with intestinal plication and a proposed modification.
Ann. of Surgery 1960, 152, 258, 265.

DESJACQUES P., MICHEL J.
Neuf plicatures mésentériques.
Lyon Chir. 1966, 62, 714-717.

FERGUSON AT.
Amer. Jour. Surg. 114, 203, 8 Aug.67.

FORSTER E., RICHARD C.A., COBLENTZ J.,MULLER J.
La plicature - fixation du mésentère.
Ann. Chir. 1963, 17, 146-153.

GAUTHIER C., QUANDALLE P.
Enteroptychie selon la technique de CHILDS & PHILIPPS.
Lille Chir. 1964, 19, 194-206.

HERTZ C.
Noble's operations (réflexion à propos d'un cas).
Bull. Soc. Chir. de Paris, 1965, 55, 276-283.

HIRTZ H.R.
Contribution à l'étude de l'utilisation eurative et préventive de l'opération de CHILDS et PHILIPPS.
Thèse Paris 1966 n°

LAGACHE J.
Discussion de la communication de GAUTHIER.
Lille Chir. 1964, 19, 208.

KAWALSKI A.
Noble's opération with CHILDS & PHILIPPS modification.
Pol Pozgel chir. 1966, 38, 1324, 1327.

LAPEYRIE M., POUS J.C.
Modification technique à l'opération de NOBLE.
Montpellier Chir. 1964, 10, 319, 323.

LEVY E., DUCASSE A.
Prévention des adhérences péritonéales par l'administration locale de corticoïdes.
Ann. Chir. 1965, 19, 185-190.

LATASTE
Le traitement chirurgical de sévères lésions post-opératoires de l'intestin grêle (fistules et occlusions).
Press. Medic. 1966, 74, 2757-2758.

LORTAT-JACOB J.L., RICHARD C.A.
Notre expérience de l'opération de CHILDS.
Mém. Acad. Chir. 1966, 92, 221-222.

MAC CARTHY J.D., SCHARPP T.J.
A simple intestinal Plication.
Surg. Obst. 1965, 121, 1340.

MANTERO R. Ital.
Expérience with Noble's opération.
Osped. Ital. Chir. 1966, 14, 1, n°26.

NGUYEN-TRINH CO, VUONGHUNG
La plicature du mésentère.
Viet Médic. 1965 - 7-14.

NGUYEN TRINH CO et col.
Indication technique and results of folding operation in ilius according to Noble and Childs & Philipps.
Zbl. Chir. 1965, 90, 1550-1553.

NOBLE T.B.
Plication of small intestin as prophylaxis against adhesions.
Amer. Jour. Surg. 1937, 35, 41-42.

POTH E.J., WOLMA F.S., LYNCH J.B.
The Plication procedure in the treatment of small bowele adhesions.
S.G.O. 1961, 112, 343-349.

PRIOTON J.B.
A propos des occlusions récidivantes : les opérations de CHILDS et de TAKITA.
Montpellier Chir. 1964, 10, 325-335.

QUENU J., THOMERET G.
L'opération de Noble.
Mém. Chir. Acad. 1951, 77, 80-86.

RAGINS H., FREEMAN L., COOMARASWARY R., LIU S.
Clinical and experimental comparaison of the Noble and the Childs and Philipp plication of the small bowel.
Amer. Jour. Surg. 1966, 111, 555.

RICHARD C.A.
La plicature mésentérique nouveau traite-

ment des occlusions récidivantes.
Mém. Acad. Chir. 1961, 87, 256-260.

RICHARD C.A.
A propos de l'opération de CHILDS.
Mém. Acad. Chir. 1968, 94, 847.

ROUX M., VAYRE P., HUREAU J., LEVASSEUR J.C.
L'opération de CHILDS et PHILIPPS et ses suites.
Mém. Acad. Chir. 1969, 95, 189-192.

STEL A. Ital.
Noble's operation in recurrent intestinal occlusion.
Rev. argent. Cir. 1965, 8, 168-170.

SIVALA A. Ital.
Wichmann's plication in the treatment of recurrent intestinal obstrution due to adhesions.
Acta Chi. Scand. 1966, 131, 99-106.

SZADKOWSKI A. et col.
Is the Noble's operation avised in acute intestinal obstruction.
Pol. TYG. LEK 1966, 21, 1412-1413.

VERGES J.
Opération de CHILDS en Urologie.
Journ. d'Urologie Néphrologie 1966, 72, 399 à 401.

TRAN VAN HOA
A propos de 10 opérations de CHILDS.
Mém. Acad. Chir. 1969, 95, 177-179.

WEISS A.G., ADLOFF M., MORAND G.
Les occlusions post-opératoires.
Strasbourg Médical 1964, 15, 165-176.

WILSON D.
Complications of the Noble's Procedure.
Amer. Jour. Surg. 1964, 108, 264-269.

-:-